

TESIS DOCTORAL

Abuelas cuidadoras: análisis de indicadores y efectos asociados a la asunción de cuidados hacia familiares ascendientes y descendientes

Memoria presentada para optar al Grado de Doctora en Psicología

Doctoranda

SARA LUNA RIVAS

Directores

DRA. M. PILAR RAMOS VALVERDE

DR. FRANCISCO RIVERA DE LOS SANTOS

Tutora

CATEDRÁTICA M. CARMEN MORENO RODRÍGUEZ



DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN

Programa de Doctorado en Psicología

SEVILLA, 2018

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

“Saturno decidió que Júpiter, quien había otorgado el espíritu a los humanos, debería devolverles su alma después de la muerte; y dado que Tierra les había ofrecido su cuerpo, ella debería recibir este después de la muerte. Pero Saturno dijo “Dado que Cuidar era la que había moldeado al ser humano, déjale tenerlo en brazos hasta que muera”. Hyginus 1976. Fabularum liber. New York: Garland.

Agradecimientos

Me gustaría comenzar dando mi agradecimiento a mis directores Pilar y Fran y a mi tutora Mari Carmen Moreno, a quienes admiro profundamente por sus conocimientos, su pasión por la ciencia, su profesionalidad y su saber hacer, pero aún más por su calidad humana.

Gracias, Pilar, por guiarme en todas las etapas de esta aventura. Por enseñarme tantas cosas, por tu paciencia infinita en las revisiones, por tus ánimos y tu comprensión en los momentos más difíciles.

Gracias, Fran, por reconciliarme con los números y con la estadística, por tener siempre una sonrisa y varias soluciones para cada problema. Por transmitirme conocimientos y entusiasmo a partes iguales.

Gracias, Mari Carmen, por tus ideas, tus palabras de aliento y tu confianza.

A nivel institucional, me gustaría agradecer la colaboración de todas las entidades y personas que han hecho de enlace entre las mujeres participantes en este estudio y el equipo de investigación, en especial a D. Jesús J. Ferreiro Casillas, de la Junta de Andalucía y a Rosa María Ávila Ruíz, Directora del Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla, así como a todos los centros de salud, ayuntamientos, residencias de mayores, centros de participación activa, centros de día, unidades de estancia diurna y asociaciones que desinteresadamente han facilitado la recogida de datos.

Gracias a mi compañero Cristian García y a mis compañeras Jérica Aguinaga, Sandra Álvarez-Rementería, María Bernal, María de la Esperanza Camacho, Sara Domínguez, María de la Luz Gallardo, Lola García, Beatriz González, María Isabel González-Outon, Irene Hernández Yolanda Luca, Paula Raquel Ramos, Elena Ranchal y Marta Vázquez, cuya participación en esta investigación ha sido clave.

Gracias a Cristina Villalba por transmitirnos su mirada sobre los procesos de resiliencia, por su disposición para ayudar, su colaboración y sus palabras amables.

A Ian Scionti, por su ayuda en la traducción y por sus acertadas sugerencias. A Conchi, por tu asesoramiento en desigualdades socioeconómicas y por tus palabras de aliento. A Dolores, por tu derroche de simpatía, energías y ánimos a lo largo de este camino.

Además, quiero mostrar mi gratitud a César y a Manuel, por haberme acercado de nuevo a la Universidad, años después de mi partida como alumna.

Quiero dar las gracias también a mi prima Mely, cuyas manos artistas han dado forma con eficiencia y elegancia al dibujo que adorna la portada.

A mis amigos y amigas, por todas las meriendas, barbacoas, cenas y demás ocasiones que no hemos podido compartir en mis épocas de encierro y por seguir apoyarme, a pesar de todo; y en especial a Rocío, por motivarme y alentarme siempre a seguir adelante, a Inma, por acompañarme en la distancia con sus positivos mensajes matutinos, a Marisa y a Lupe, por estar siempre al otro lado del teléfono y a Ana, por hacerme ver lo invisible.

A mis padres, por transmitirme su pasión por el trabajo y su entrega a las personas. Gracias por vuestro amor incondicional, por apoyarme en cada decisión y por vuestra ayuda en las pequeñas y en las grandes tareas de la vida. Esta tesis no habría sido posible sin vosotros.

A mi hermana, por su luz.

A Macarena, quien, en sus propias palabras, ha sido mi *colaboradora necesaria*, como los cómplices de los delitos. Gracias por acompañarme en este viaje y por hacer de mis sueños los tuyos.

Quiero agradecer de manera especial la colaboración de todas y cada una de las 155 mujeres participantes en esta investigación que, de forma valiente y altruista, nos han abierto las puertas de sus casas y nos han permitido asomarnos a sus vidas con nuestro cuestionario y nuestras preguntas.

Por último, quiero dar las gracias a todas aquellas grandes mujeres anónimas que día a día dedican su tiempo a cuidar de otras personas y, en especial, a una abuela cuidadora, a mi abuela, que con tanto amor nos cuidó a mi hermana y a mí.

A todos y a todas, gracias.

ÍNDICE

ÍNDICE	6
Presentación	14
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	18
ÍNDICE DE TABLAS	19
ÍNDICE DE FIGURAS	23
Capítulo 1. Introducción y justificación teórica.	24
1.1. Los cuidados en el seno de la familia.	25
1.1.1. El acto de cuidar.....	25
1.1.2. Motivaciones para el cuidado en el contexto familiar.	30
1.1.2.1. Teorías y modelos explicativos del cuidado intergeneracional en la familia.	30
1.1.2.2. Factores relacionados con las razones que influyen en ejercer cuidados informales en el contexto familiar.	39
1.1.2.3. Sesgo de género en los cuidados informales ejercidos en el contexto familiar. .	46
1.1.3. Generación sándwich: cuando el cuidado de las nuevas generaciones coincide con el cuidado de la generación mayor.	48
1.1.3.1. El cuidado de ascendientes.	52
1.1.3.2. El cuidado de nietos y nietas.....	61
1.2. Impacto del cuidado sobre las personas cuidadoras.	70
1.2.1. Efectos del cuidado en la persona cuidadora.....	71
1.2.1.1. Consecuencias negativas del cuidado en la persona cuidadora.....	71
1.2.1.1.1. El estudio especializado sobre el estrés del cuidador o la cuidadora informal	

.....	79
1.2.1.2. Efectos positivos del cuidado en la persona cuidadora.....	83
1.2.2. Recursos psicosociales de la persona cuidadora que minimizan los efectos negativos de la situación de cuidado.	85
1.2.2.1. El afrontamiento del estrés en las personas cuidadoras.	85
1.2.2.2. La inteligencia emocional en las personas cuidadoras.	89
1.2.2.3. La disposición al optimismo en las personas cuidadoras.....	93
1.2.2.4. El apoyo social como factor protector del estrés en las personas cuidadoras.....	95
1.3. Objetivos de investigación.....	101
Capítulo 2. Metodología de la investigación.....	102
2.1. Diseño de la investigación.	103
2.2. Descripción de la muestra de la investigación.....	103
2.3. Variables e instrumentos de evaluación.....	104
2.3.1. Variables sociodemográficas.	107
2.3.2. Variables de ayuda y cuidados familiares.....	109
2.3.3. Variables de recursos psicológicos.	113
2.3.4. Variables de relaciones sociales.....	116
2.3.5. Variables de ajuste biopsicosocial.	116
2.4. Descripción del procedimiento de investigación.	122
2.5. Análisis de datos.	123
Capítulo 3. Resultados de la investigación.....	127
Estudio 1: Abuelas y cuidados múltiples en familias de cuatro generaciones.....	128
3.1.1. Objetivos del estudio 1.....	128
3.1.2. Metodología específica del estudio 1.....	129

3.1.2.1. Muestra del estudio.....	129
3.1.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.....	130
3.1.2.3. Análisis de datos.	131
3.1.3. Resultados del estudio 1.....	132
3.1.3.1. Ayuda y cuidados familiares asumidos por las abuelas de la generación sándwich.	132
3.1.3.2. Indicadores de estrés y salud en las abuelas de la generación sándwich.	134
3.1.3.3. Relación entre estrés percibido y salud en las abuelas de la generación sándwich.	136
3.1.3.4. Relación entre la ayuda y la carga de cuidados y el estrés percibido en las abuelas de la generación sándwich.	138
3.1.3.5. Comparación de los indicadores de salud según la ayuda y los cuidados proporcionados.....	141
3.1.3.6. Indicadores de ajuste biopsicosocial según el grupo de carga de cuidados en aquellas mujeres en las que sí existe percepción de incidencias negativas derivadas de la ayuda prestada.....	153
3.1.4. Conclusiones del estudio 1.....	162
3.1.5. Difusión de los resultados del estudio 1	164
Estudio 2: Estrategias de afrontamiento del estrés y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.	166
3.2.1. Objetivos del estudio 2.....	166
3.2.2. Metodología específica del estudio 2.....	167
3.2.2.1. Muestra del estudio.	167
3.2.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.....	167

3.2.2.3. Análisis de datos.	168
3.2.3. Resultados del estudio 2.....	169
3.2.3.1. Estrategias de afrontamiento utilizadas por las abuelas de la generación sándwich y su clasificación en función de esta variable.	169
3.2.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos por las abuelas de la generación sándwich y su tipo de afrontamiento.	172
3.2.3.3. Relación entre tipo de afrontamiento y el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas.	176
3.2.3.4. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre el tipo de afrontamiento del estrés empleado por estas mujeres y su salud.	180
3.2.3.5. Carga de cuidados, estrés, estrategias de afrontamiento y salud en las abuelas de la generación sándwich.	181
3.2.4. Conclusiones del estudio 2.....	185
3.2.5. Difusión de los resultados del estudio 2.	186
Estudio 3: Inteligencia emocional y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.....	188
3.3.1. Objetivos del estudio 3.....	188
3.3.2. Metodología específica del estudio 3.....	189
3.3.2.1. Muestra del estudio.	189
3.3.2.2. Variables e instrumentos.	189
3.3.2.3. Análisis de datos.	190
3.3.3. Resultados del estudio 3.....	190
3.3.3.1. Inteligencia emocional de las mujeres estudiadas.	190

3.3.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos por las abuelas de la generación sándwich y su inteligencia emocional.....	192
3.3.3.3. Relación entre la inteligencia emocional de las abuelas de la generación sándwich y sus estrategias de afrontamiento ante el estrés.....	195
3.3.3.4. Inteligencia emocional, estrés percibido y salud de las mujeres estudiadas.....	199
3.3.3.5. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre la inteligencia emocional de estas mujeres y su salud. ..	204
3.3.4. Conclusiones del estudio 3.....	208
3.3.5. Difusión de los resultados del estudio 3.	211
Estudio 4: Disposición al optimismo y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.....	212
3.4.1. Objetivos del estudio 4.....	212
3.4.2. Metodología específica del estudio 4.....	213
3.4.2.1. Muestra del estudio.	213
3.4.2.1. Variables e instrumentos de evaluación.....	213
3.4.2.3. Análisis de datos.	214
3.4.3. Resultados del estudio 4.....	214
3.4.3.1. Disposición al optimismo en las abuelas de la generación sándwich y su clasificación en función de esta variable.	214
3.4.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos y la disposición al optimismo de las mujeres estudiadas.....	216
3.4.3.3. Relación entre la disposición al optimismo de las abuelas de la generación sándwich y su ajuste biopsicosocial.....	219

3.4.3.4. Relación entre la disposición al optimismo de estas las mujeres y sus estrategias de afrontamiento y su inteligencia emocional	222
3.4.3.5. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre la disposición al optimismo de estas mujeres y su salud.	227
3.4.4. Conclusiones del estudio 4.....	228
3.4.5. Difusión de los resultados del estudio 4.	229
Estudio 5: Relación entre diferentes factores personales y psicosociales y su papel en el ajuste biopsicosocial de las abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.	231
3.5.1. Objetivos del estudio 5.....	231
3.5.2. Metodología específica del estudio 5.....	232
3.5.2.1. Muestra del estudio.	232
3.5.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.....	232
3.5.2.3. Análisis de datos.	233
3.5.3. Resultados del estudio 5.....	234
3.5.3.1. Influencia conjunta entre el tipo de afrontamiento empleado y la inteligencia emocional sobre el estrés y la salud psicológica de estas mujeres.	234
3.5.3.2. Influencia de la edad, el tener o no pareja con la que conviva, el nivel de estudios y la percepción de dificultad económica sobre la salud de las abuelas de la generación sándwich.	237
3.5.3.3. Apoyo social percibido y conflictividad familiar en las abuelas de la generación sándwich.	239
3.5.3.6. Modelo global de relaciones.	240

3.5.4. Conclusiones del estudio 5.....	248
3.5.5. Difusión de los resultados del estudio 5.	249
Capítulo 4. Discusión de los resultados y principales conclusiones de la investigación.	251
4.1. El ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich y variables asociadas.	252
4.1.1. Situación actual de las abuelas de la generación sándwich.	252
4.1.2. El estrés y la salud de las abuelas de la generación sándwich.	256
4.1.2.1. Relación del ajuste biopsicosocial con la ayuda y la carga objetiva de cuidados.	256
4.1.2.2. Relación del ajuste biopsicosocial con la carga subjetiva de cuidados.	259
4.1.2.3. Ajuste biopsicosocial en las mujeres que asumen una doble carga de cuidados.	266
4.1.3. Análisis integrador de la relación existente entre los recursos psicológicos de las abuelas de la generación sándwich y su nivel de ajuste biopsicosocial.....	270
4.1.3.1. Las estrategias de afrontamiento del estrés en las abuelas de la generación sándwich.	271
4.1.3.2. Inteligencia emocional en las abuelas de la generación sándwich.	283
4.1.3.3. Disposición al optimismo en las abuelas de la generación sándwich.	288
4.1.4. Análisis integrador del efecto protector de los recursos psicológicos y sociales de las abuelas de la generación sándwich con respecto al impacto de la ayuda y los cuidados sobre su estrés y su salud.....	290
4.1.4.1. Influencias y sesgos causados por las variables sociodemográficas de las abuelas de la generación sándwich.	291

4.1.4.2. El estrés percibido como factor mediador entre la ayuda y los cuidados ofrecidos y la salud de las abuelas de la generación sándwich.....	299
4.1.4.2.1. Factores relacionados con un mayor estrés en las abuelas de la generación sándwich.....	302
4.1.4.2.2. Factores relacionados con menor estrés en las abuelas de la generación sándwich.....	305
4.1.4.3. La importancia de los conflictos familiares en el ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.	313
4.2. Alcance de la investigación.	318
4.2.1. Limitaciones y fortalezas de la investigación.	318
4.2.2. Implicaciones para la investigación y futuras líneas de análisis.....	321
4.2.3. Principales implicaciones para la intervención.....	322
4.2.4. Conclusiones	327
Referencias bibliográficas.....	331
APÉNDICE A.....	397
APÉNDICE B	448

PRESENTACIÓN

La provisión de cuidados en el seno de la familia (tanto hacia niños y niñas como hacia personas adultas dependientes), una costumbre tan antigua como la humanidad, se ha convertido, a raíz de los cambios sociodemográficos ocurridos en las últimas décadas, en uno de los principales retos a los que se enfrenta nuestra sociedad en la actualidad y, especialmente, en un futuro a corto y medio plazo. La incorporación de la mujer al mercado laboral, el progresivo envejecimiento de la población y la falta de políticas públicas que garanticen los servicios de cuidados a toda la ciudadanía, especialmente en España, conforman un puzzle de difícil encaje que suele resolverse a costa de una sobrecarga para las mujeres, con consecuencias nocivas para su salud.

Esta tesis doctoral, perteneciente a la línea de investigación Desarrollo Psicológico e Intervención Psicoeducativa en la Familia, la Escuela y otros Contextos Evolutivos; tutorizada por la Catedrática Carmen Moreno y dirigida por la Dra. Pilar Ramos Valverde y el Dr. Francisco Rivera de los Santos, se ha realizado sin financiación externa, salvo la aportada por la Universidad de Huelva para la traducción de un manuscrito propuesto para su publicación en una revista científica.

Esta tesis doctoral pone el foco en una generación de mujeres que concentra potencialmente la mayor carga de cuidados dentro de la familia. A saber, aquellas mujeres que son abuelas, y por tanto susceptibles de asumir el cuidado de nietos y/o nietas y, a la vez, todavía son hijas de una generación mayor, caracterizada habitualmente por altos niveles de dependencia. Los fenómenos que se propone conocer esta investigación tienen que ver con la ayuda y la carga de cuidados asumida por esta generación, así como sobre sus efectos en el ajuste biopsicosocial de estas mujeres, pero también con los recursos psicosociales con los que

cuenta este colectivo y con sus posibles efectos protectores sobre la salud y el bienestar de estas mujeres. Por tanto, esta investigación trata de analizar la ayuda y los cuidados proporcionados por esta segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones, atendiendo a aspectos tanto objetivos como subjetivos de la carga de cuidados. En concreto, distingue el tipo de ayuda (económica, instrumental y afectiva), su frecuencia, la relación de parentesco que guarda con las personas receptoras dicha ayuda y cuándo esta ayuda supone algún tipo de incidencia negativa en la vida de la persona cuidadora. Aunque los efectos del cuidado sobre la salud de las personas cuidadoras han sido ampliamente estudiados, son pocos los estudios que han abordado el bienestar de esta generación de mujeres, atendiendo a los posibles efectos diferenciales y/o sinérgicos del cuidado hacia las generaciones mayores y hacia las generaciones jóvenes. Teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de nuestra sociedad, es de esperar que esta situación sea cada vez más frecuente, por lo que parece pertinente conocer más acerca de esta realidad y sus efectos sobre esta generación de mujeres.

Con respecto a los recursos psicosociales analizados, en concreto se tienen en cuenta las estrategias de afrontamiento empleadas por estas mujeres, su inteligencia emocional, su disposición al optimismo, su apoyo social y si existen o no relaciones familiares conflictivas.

La estructura de esta tesis doctoral se divide en cuatro capítulos. El primero está dedicado al marco teórico donde surge esta investigación, a lo que se conoce sobre los cuidados en el seno de la familia y sobre el impacto de estos sobre las personas cuidadoras. Dentro de los cuidados en el seno de la familia, se distingue lo que implica el acto de cuidar, las motivaciones para el cuidado en el contexto familiar y la denominada generación sándwich, caracterizada, potencial y/o efectivamente, por el cuidado simultáneo de ascendientes y de nietos y/o nietas. A su vez, dentro del impacto de los cuidados sobre las personas cuidadoras, se distinguen los efectos del cuidado (tanto las consecuencias negativas como los efectos positivos) y los recursos psicosociales de la persona cuidadora que minimizan los efectos

negativos de la situación de cuidados. Por último, se presentan los objetivos generales de la presente investigación.

Tras la introducción teórica y la exposición de los objetivos, el segundo capítulo aborda la metodología general empleada. Se describen las características de la muestra seleccionada, las diferentes variables analizadas y sus correspondientes instrumentos de evaluación, así como el procedimiento de investigación empleado y los análisis de datos realizados para lograr la consecución de los objetivos propuestos.

El tercer capítulo de esta memoria presenta los resultados de la presente investigación agrupados en cinco estudios diferentes, cada uno de los cuales trata de dar respuesta a un objetivo general planteado en el primer capítulo. El estudio 1 trata de conocer la intensidad de la ayuda y los cuidados proporcionados por esta generación de mujeres, su ajuste psicosocial y la posible relación entre ambos. A continuación, los estudios 2, 3 y 4 se centran cada uno de ellos en un recurso psicológico en concreto y su relación tanto con la carga de cuidados como con el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas. Finalmente, el estudio 5 analiza de forma integrada la influencia de dichos recursos, junto con la posible influencia de ciertas características sociodemográficas y otros factores sociales asociados a las abuelas de la generación sándwich sobre su ajuste biopsicosocial.

Por último, el cuarto capítulo de la presente tesis doctoral está dedicado a la discusión de los resultados más relevantes hallados a través de esta investigación y a la exposición de las principales conclusiones que se extraen del mismo. Dicho capítulo está dividido en dos partes. En la primera parte, a partir de los resultados obtenidos, se realiza una reflexión acerca de la situación de las mujeres estudiadas, su ajuste biopsicosocial y las variables asociadas al mismo. En la segunda parte, dedicada al alcance de esta investigación, se señalan sus limitaciones más relevantes y se proponen futuras líneas de investigación, a la vez que se reflexiona acerca de

las principales implicaciones para la investigación y para la práctica profesional que se derivan de sus resultados.

ÍNDICE DE ABREBIATURAS

ANOVA. Análisis de la varianza.

B. Coeficiente de regresión.

B. Coeficiente estandarizado de regresión.

d. *d* de Cohen.

DE. Desviación estándar.

E. A. Estrategia de afrontamiento.

F. Prueba *F* de Snedecor.

IE. Inteligencia emocional.

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

M. Media.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

p. Estadístico del valor *p*.

PIB. Producto interior bruto.

Sig. Significación estadística.

t. *t* de Student.

WHO. World Health Organisation.

Z. Estadístico del valor Z.

η^2 . Eta-cuadrado.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de las variables analizadas.....	105
Tabla 2. Instrumentos de evaluación	106
Tabla 3. Estadísticos descriptivos del tipo y la cantidad de ayuda familiar proporcionada ...	132
Tabla 4. Puntuaciones globales de estrés percibido y salud	135
Tabla 5. Correlaciones entre estrés percibido y salud	137
Tabla 6. Relación entre el tipo y la cantidad de ayuda prestada y el estrés percibido	139
Tabla 7. Estrés percibido en los diferentes grupos de carga de cuidados	139
Tabla 8. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en estrés percibido entre los cuatro grupos de carga de cuidados	140
Tabla 9. Relación entre la ayuda proporcionada y los indicadores de salud	141
Tabla 10. Grupos de carga e indicadores de salud	143
Tabla 11. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias de los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica entre los cuatro grupos de carga del cuidado	145
Tabla 12. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores de bienestar subjetivo entre los cuatro grupos de carga de cuidados	147
Tabla 13. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores adicionales de salud entre los cuatro grupos de carga de cuidados	149
Tabla 14. Comparación de medias de salud general, física y psicológica entre mujeres con percepción de incidencias negativas derivadas los cuidados con las mujeres sin percepción de incidencias	151

Tabla 15. Comparación de medias de los indicadores de bienestar subjetivo y otros indicadores de salud entre mujeres que perciben incidencias negativas por los cuidados y las mujeres sin percepción de incidencias negativas	152
Tabla 16. Estrés percibido por las mujeres que perciben incidencias negativas por los cuidados, agrupadas por los cuatro grupos de carga y sin agrupar	153
Tabla 17. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en el estrés percibido entre los tres grupos con carga de cuidados en las mujeres que sí perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados	154
Tabla 18. Diferencias en los indicadores de salud según el grupo de carga en las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados	156
Tabla 19. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, entre los tres grupos de carga de cuidados	159
Tabla 20. Diferencias en los indicadores de bienestar subjetivo en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, por grupos de carga del cuidado	160
Tabla 21. Diferencias en los indicadores adicionales de salud en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, por grupos de carga del cuidado	162
Tabla 22. Frecuencia de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento	169
Tabla 23. Diferencias de medias entre los dos grupos clasificados en las diferentes estrategias de afrontamiento	172
Tabla 24. Relación entre la intensidad de cada tipo de ayuda y el afrontamiento empleado	173
Tabla 25. Diferencias en el estrés percibido y en la salud en función del tipo de afrontamiento	177

Tabla 26. Índices de ajuste para los modelos contrastados	184
Tabla 27. Descripción de la inteligencia emocional de las mujeres estudiadas	191
Tabla 28. Diferencias en inteligencia emocional según grupos obtenidos por el análisis de clasificación.....	192
Tabla 29. Relación entre la intensidad del tipo de ayuda ofrecida y la inteligencia emocional	193
Tabla 30. Puntuaciones medias en flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos e inteligencia emocional total en las mujeres que perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados y en las que no perciben incidencias	195
Tabla 31. Inteligencia emocional de las mujeres según su tipo de afrontamiento	196
Tabla 32. Relación entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento	197
Tabla 33. Diferencias en el ajuste psicológico entre los dos grupos de mujeres clasificadas en función de su inteligencia emocional	200
Tabla 34. Relación entre la inteligencia emocional total y por dominios con el estrés percibido	201
Tabla 35. Relación entre la inteligencia emocional global y por los dominios flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos y diversos indicadores de salud	202
Tabla 36. Disposición al optimismo general y por grupos	215
Tabla 37. Tamaños del efecto (estimados en base a la <i>d</i> de Cohen) de las comparaciones de medias en estrés percibido entre los tres grupos establecidos en función del optimismo.	216
Tabla 38. Relación entre la intensidad de la ayuda económica, instrumental y afectiva y la disposición al optimismo	217
Tabla 39. Comparación de la disposición al optimismo según la situación de cuidados y la percepción o no de incidencias negativas derivadas de dichos cuidados	217

Tabla 40. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en disposición al optimismo entre los diferentes grupos de carga de cuidados y entre mujeres con y sin percepción de incidencias derivadas de los cuidados.....	219
Tabla 41. Diferencias en el estrés percibido entre los grupos de mujeres clasificadas en base a su disposición al optimismo	220
Tabla 42. Disposición al optimismo y salud en las abuelas de la generación sándwich	221
Tabla 43. Diferencias en la puntuación de optimismo entre los dos grupos de afrontamiento del estrés	222
Tabla 44. Relación entre el optimismo y las diferentes estrategias de afrontamiento	225
Tabla 45. Puntuaciones medias en disposición al optimismo en ambos grupos de inteligencia.. emocional	226
Tabla 46. Relación entre el optimismo y flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos e inteligencia emocional total	227
Tabla 47. Índices de ajuste de los modelos de regresión lineal por pasos contrastados	235
Tabla 48. Distribución de las características sociodemográficas en la muestra	238
Tabla 49. Relación entre características sociodemográficas y estrés, salud física y salud..... psicológica	239
Tabla 50. Relación entre apoyo social percibido y existencia de relaciones de relaciones conflictivas entre las abuelas de la generación sándwich con su estrés percibido, su salud física y su salud psicológica general	240
Tabla 51. Índices de ajuste para los modelos de ecuaciones estructurales contrastados	244

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución de la población mayor, 1900-2017.....	53
Figura 2. Patrones de cuidado informal. Quién cuida a quién (en volumen)	61
Figura 3. Modelo de estrés en cuidadores de Alzheimer (Pearlin et al., 1990).....	82
Figura 4. Distribución de la muestra en los distintos grupos de carga	134
Figura 5. Distribución del tipo de afrontamiento desplegado en cada grupo de carga de cuidados	175
Figura 6. Modelo inicial sobre la influencia de los tipos de ayuda y estrategias de afrontamiento sobre el estrés percibido y la salud física y psicológica	182
Figura 7. Modelo final sobre la influencia de los tipos de ayuda y estrategias de afrontamiento sobre el estrés percibido y la salud física y psicológica	189
Figura 8. Distribución de los grupos de carga en los grupos de inteligencia emocional.....	194
Figura 9. Tipo de afrontamiento empleado por cada grupo de optimismo	223
Figura 10. Modelo inicial de la influencia de variables sociodemográficas, de contexto familiar y de recursos psicológicos y sociales sobre el estrés y la salud	243
Figura 11. Modelo final de la influencia de variables sociodemográficas, de recursos..... psicológicos y relaciones sociales sobre el estrés y la salud	245

Capítulo 1.

Introducción y justificación teórica.

Este capítulo se divide a su vez en dos apartados principales. El primer apartado estará dedicado a la revisión de la literatura científica que tiene que ver con los cuidados informales que se realizan dentro del contexto familiar, profundizando en un fenómeno cada vez más frecuente, como es el caso de las abuelas que cuidan a sus nietos y/o nietas y que a la vez ejercen cuidados hacia sus ascendientes. Posteriormente, en el segundo apartado se realizará un análisis sobre el conocimiento actual referente a las consecuencias de los cuidados en el entorno familiar hacia las personas cuidadoras.

1.1. Los cuidados en el seno de la familia.

En este apartado se conceptualizará el acto de cuidar, haciendo un recorrido evolutivo e histórico en torno a su significado y sus implicaciones biológicas, personales, familiares y sociales. Partiendo de lo que implican los cuidados en el ámbito familiar para las personas cuidadoras, para las personas atendidas y para la sociedad en general, se analizarán en concreto los cuidados a ascendientes y a nietos y/o nietas, prestando especial atención a la situación de doble cuidado que viven las abuelas cuidadoras de la generación sándwich, objeto de estudio de esta Tesis doctoral.

1.1.1. El acto de cuidar.

Al igual que sucede en la mayoría de las especies animales, donde el cuidado de las crías forma parte de la evolución natural de sus individuos, el ser humano necesita del cuidado de otras personas para desarrollarse y sobrevivir. En las sociedades humanas siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas, como menores y personas enfermas, que habitualmente son receptoras de una importante cantidad de ayuda y cuidados. La provisión de cuidados ha estado ligada, por tanto, a la supervivencia del grupo en su totalidad, incluyendo también a los miembros más débiles (Anttonen & Zechner, 2011; Mezquita, 2013). En nuestra especie, a diferencia del resto de las del reino animal, el acto de cuidar se realiza, además, la mayor parte de las veces, de forma consciente (Crespo & Salazar, 2009). En este sentido, la necesidad ancestral de cuidados en los grupos humanos ha sido atendida desde la aparición de las primeras tribus a través de roles específicos y canalizada a través de una de las organizaciones sociales más antiguas: la familia (Gough, 1971; Klein & White, 1996).

En el seno de la familia se produce el nacimiento, constituyendo el primer grupo de pertenencia del recién nacido. A través de la familia se produce también la inserción del individuo en la vida social, así como la transmisión de las normas y valores fundamentales para

la comunidad. La familia puede ser concebida también como un sistema social que procura mantener el equilibrio entre sus miembros, redistribuyendo los recursos entre los que más lo necesitan, especialmente en aquellas sociedades con poco soporte público (Jaime-Castillo, 2000; Silverstein, 2006).

El acto de cuidar engloba tanto el cuidado directo de personas a través de actividades de alimentación o higiene personal, como las tareas domésticas que son condición previa y necesaria para la realización de aquellas, como puede ser la preparación de las comidas o la limpieza de la ropa (Razavi, 2007). Típicamente, las personas que necesitan cuidados más intensos son aquellas pertenecientes a la primera infancia y las personas adultas dependientes. El término *dependiente* se relaciona en este contexto con las actividades de la vida diaria que la persona no puede realizar, o bien realiza con dificultad y para las que, por tanto, necesita algún tipo de ayuda (García, 2010). Sin embargo, cualquier persona adulta precisa de cuidados especiales en determinados momentos, como puede ser durante el padecimiento de alguna enfermedad aguda o en la convalecencia tras una intervención quirúrgica. De hecho, con mayor o menor intensidad, la mayoría de las personas adultas sin discapacidad, de manera cotidiana, también reciben cuidados por parte de otros miembros de su familia. En España, en torno al 21% de los hogares existen personas que, a pesar de estar sanas y ser potencialmente capaces de ejercer el autocuidado, reciben cuidados de forma cotidiana por parte de otros miembros de su familia (habitualmente de una mujer), cosa que permite que dichas personas puedan permanecer ocupadas en otras actividades la mayor parte del día, como el estudio o el trabajo remunerado (Durán, 2015). En este sentido, es interesante la apreciación que realizó Schwarzenbach (1987) al diferenciar entre las labores productivas y reproductivas. Las labores productivas, tales como la realización de un trabajo remunerado, serían aquellas que van encaminadas a obtener los recursos necesarios para asegurar los cuidados propios y los de otras personas. Las reproductivas, que tienen lugar antes y después de aquellas, incluirían aquellas

actividades organizadas para la satisfacción directa de necesidades primarias, como, por ejemplo, la planificación de las comidas, la elección de la ropa adecuada, el mismo acto de vestir o desvestir a una persona o el control de la toma de la medicación prescrita.

Etimológicamente, la palabra *cuidar* proviene del término latino *cura*, que de manera similar al actual término inglés *care*, contempla dos acepciones diferentes. La primera acepción significa proporcionar atención a los otros con una atenta diligencia o dedicación y, la segunda, preocupación, angustia y ansiedad (Comisión Sectorial de Humanización y Ética del Cuidar, 2010). Así, el acto de cuidar incluye un estado de preocupación que permite estar atento a las necesidades de la persona cuidada y responder con sensibilidad a la situación en la que esta se encuentra. Por tanto, desde su origen etimológico, la provisión de cuidados se concibe unida inherentemente al estado emocional que se genera en la interacción con la persona cuidada (Crespo & Salazar, 2009).

A lo largo de la historia, el concepto de cuidar, casi siempre asociado al rol femenino, ha sido definido como un ideal moral (Watson, 2001), una virtud (Held, 2006), un imperativo moral (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, & Johnson, 1990) o un ideal ético (Warelow, 1996). La filósofa y psicóloga Carol Gilligan fue clave por introducir el concepto de ética del cuidado al vincularlo con el desarrollo moral en las mujeres (Gilligan, 1977). Así, la autora defendía que las mujeres no es que tenían un desarrollo moral más tardío o inmaduro, como sugerían otras personas expertas del desarrollo moral (e.g., Kohlberg, 1976, 1982), sino que, a diferencia de los hombres, tenderían a priorizar los vínculos con los demás y el bienestar del prójimo por encima de otros imperativos morales más abstractos. Aunque los resultados empíricos de esta investigación son controvertidos y no siempre replicables (Rest, 1999), el legado de esta autora es dar entidad a la moral del cuidado dentro del ámbito de estudio del desarrollo moral y, más específicamente, en el caso de las mujeres. Así, desde sus comienzos y a lo largo de la historia,

el acto de cuidar en todas sus manifestaciones ha estado vinculado a la mujer y al concepto mismo de feminidad.

Sin embargo, aunque la provisión de cuidados es universal y atemporal, las formas en la que esta se lleva a cabo han ido variando en función de la época y también de la cultura. En la actualidad, las prácticas de cuidado en la mayoría de los países se moldean en base a las normas y los valores sociales imperantes y a la configuración institucional de las leyes civiles y las políticas sociales (Anttonen & Zechner, 2011). En algunos países, como sucede en el caso de España, las personas están obligados por ley a cubrir las necesidades de su padre y/o madre en caso de ser necesario, y dicha obligación puede incluir la responsabilidad de proveerles cuidado (Código civil, 1889, art. 142-152).

El desarrollo del Estado del Bienestar en los países occidentales tras la Segunda Guerra Mundial ha sido interpretado por algunas voces anglosajonas (e.g., Popenoe, 1996) como una sustitución de las funciones propias de la familia por el Estado, teniendo como consecuencia un debilitamiento de la solidaridad en la familia y una merma de la cohesión social. Sin embargo, numerosas investigaciones han mostrado de forma consistente que las familias no reducen su implicación cuando se introducen los servicios formales de ayuda (Fortinsky, Tennen, Frank, Affleck 2007; Miguel, Sancho, Abellán, & Rodríguez, 2000; Penning, 2002).

De hecho, los datos en España, donde el desarrollo de las políticas sociales tiene un carácter muy limitado, apuntan a una complementariedad entre familia y estado, no tanto a una sustitución (Ortega-Ortega, Montero-Granados, & Romero-Aguilar, 2015; Zueras, Spijker, & Blanes, 2018). De manera indirecta, las escasas políticas sociales por parte del Estado estimulan los intercambios de ayuda dentro de las familias y fomentan que estas funcionen como canales de redistribución de la riqueza del Estado, a través de las transferencias que efectúan de sus recursos hacia sus miembros más necesitados (Tobío, 2013).

En este debate sobre la responsabilidad del cuidado y la dicotomía familia-estado, es importante diferenciar entre los cuidados formales e informales. Los cuidados formales son aquellos llevados a cabo por profesionales, ya sea a través de las instituciones públicas (servicios sociales y/o sanitarios) o a través de la contratación privada, ya sea en centros residenciales o en el domicilio (Chang, Chao, & Chou, 2014; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2014; Rodríguez-Rodríguez, 2005).

Frente a este tipo de cuidados formales, en el caso de los cuidados informales el peso recae fundamentalmente sobre la familia de la persona atendida, siendo este tipo de cuidados en el que se centra esta Tesis doctoral. Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) definieron los cuidados informales como aquellas actividades y experiencias relacionadas con prestar ayuda y asistencia a familiares o personas cercanas cuando estas son incapaces de procurársela por ellas mismas, distinguiendo entre el compromiso afectivo de cuidar y la acción física de proveer cuidados. Poco tiempo después, Hileman, Lackey y Hassanein (1992) emplearon el término cuidador o cuidadora para referirse a aquella persona que de forma no remunerada ayuda a otra persona, cuidándola físicamente o ayudándola a afrontar su enfermedad. Sin embargo, en trabajos posteriores aclara que la condición de no remuneración no es indispensable. Las personas que llevan a cabo los cuidados informales pueden recibir algún tipo de compensación o recompensa por la labor de cuidado, ya sea monetaria o en especie, siendo realmente la relación laboral y la profesionalización lo que distingue realmente un tipo de cuidados de otro (García, 2010).

En estas definiciones de cuidado informal tienen cabida tanto los cuidados a menores, personas incapaces todavía de valerse por sí mismas, como los cuidados a personas adultas enfermas con algún tipo de dependencia. Sin embargo, tanto en la literatura científica como en la terminología corriente, el término cuidador se ha asimilado, por el uso, al de cuidador de una persona enferma, comúnmente, de edad avanzada y dependiente. A pesar de ello, esta Tesis

doctoral se guiará por las definiciones de cuidado comentadas más arriba, por lo que se entenderá por cuidado informal tanto el ejercido a los menores como aquel que se realiza a personas adultas dependientes, ambos dentro del contexto familiar.

1.1.2. Motivaciones para el cuidado en el contexto familiar.

Una de las áreas de estudio dentro de los cuidados informales ha sido la que trata de establecer los motivos que llevan a una persona a cuidar de otra. Para tratar este contenido, este apartado de la Introducción se va a dividir a su vez en dos subapartados. En primer lugar, se van a repasar las teorías y modelos explicativos de los cuidados informales y, posteriormente, se realizará un repaso de los factores asociados a esta actividad.

1.1.2.1. Teorías y modelos explicativos del cuidado intergeneracional en la familia.

Además de las conocidas *teorías evolucionistas*, que tratan de explicar los comportamientos de ayuda y cuidado a los descendientes en base a la búsqueda, consciente o inconsciente, de promocionar nuestra herencia genética (Hamilton, 1963, 1964; Maynard-Smith, 1964); se han propuesto otras teorías que tratan de complementarlas, añadiendo diferentes explicaciones relacionadas con la motivación del cuidado entre personas.

La *teoría del intercambio social*, desarrollada fundamentalmente a través de las contribuciones de Homans, Thibaut, Kelley y Blau (Emerson, 1976), postula que la mayor parte del comportamiento humano se basa en la consecución del máximo beneficio con el mínimo coste (Homans, 1974). Todo comportamiento de ayuda es concebido desde esta perspectiva en relación con las reacciones gratificantes de los demás (Blau, 1964). Por tanto, desde este marco conceptual, la provisión de cuidados se entiende como parte de un intercambio que puede realizarse de tres formas diferentes: prospectivo, con retraso y directo. Para empezar, el intercambio prospectivo hace referencia al cuidado que se ejerce al esperar recibir algo en un futuro, evidenciado en la ayuda descendente, cuando se da de padres y madres a hijos e hijas o incluso a nietos y nietas. Otra forma, complementaría a la primera, consistiría

en un intercambio con retraso, en el que hijos e hijas pagan con el cuidado a sus padres/madres una deuda antigua contraída con esta generación por cuidados anteriores. La última forma sería un intercambio directo, en el que la ayuda fluye de diversas formas en los dos sentidos de forma continua en un mismo momento temporal. La teoría del intercambio está respaldada por diversos datos empíricos, como el hecho de que los padres y madres que más ayudan a sus hijos e hijas en la adultez tienden a recibir más apoyo social de estos y estas cuando son mayores (Silverstein, 2006; Suito, Pillemer, & Sechrist, 2006).

La teoría del altruismo, por el contrario, defiende que, lejos de perseguir el propio interés, las personas cuidan unas de otras porque procuran el bienestar de las otras personas, especialmente de sus seres queridos (Becker, 1974). Desde este enfoque, la empatía y la afectividad tendrían un papel esencial, puesto que la provisión de ayuda y cuidados se relacionarían directamente con el apego hacia la persona cuidada y sus necesidades de ayuda (Sörensen, Webster, & Roggman, 2002).

Algunos estudios contemplan desde esta teoría los sentimientos de obligación moral experimentados por la persona que ofrece dicha ayuda. Las obligaciones familiares incluyen creencias sobre la responsabilidad de cuidado mutuo entre los miembros de una misma familia (Cooney & Dykstra, 2013). En el marco de las relaciones interpersonales, dichas creencias generan en cada individuo patrones de comportamiento y expectativas con respecto al comportamiento del resto de los miembros de la familia (Schützenberger, 2002).

La interiorización de dichas normas y creencias en forma de sentimiento de solidaridad y compromiso hacia la familia en su totalidad y hacia sus miembros de manera individual es lo que se denomina *lealtad familiar*. Boszormenyi-Nagy (1983), cofundador de la terapia familiar, fue el primero en señalar que el incumplimiento de las lealtades familiares, a las que denominó lealtades invisibles, genera sentimientos de culpa, al poder ser vividas como traición o abandono. Además, este autor va más allá al proponer que en todas las familias los hijos y

las hijas deben su existencia y, con frecuencia, gran parte de su educación y desarrollo a sus padres y madres e, indirectamente, a sus antepasados; lo cual genera una deuda con sus ascendientes que sería imposible de saldar y, por tanto, un vínculo eterno de lealtad que se transmite de generación en generación.

De manera análoga, el término *piedad filial* hace referencia a una idea central de la ética de Confucio, muy asentada en algunos países como China, Corea o Japón, que promulga el respeto y el amor incondicional al padre y a la madre (Lai, 2010). La *piedad filial* incluye diferentes componentes entre los que Hsueh (2001) identificó cuatro: apoyo económico a padres y madres, preocupación por su salud, cobertura de sus necesidades domésticas y respeto por su autoridad. En otros contextos culturales, similares términos, como *obligación filial* o *responsabilidad filial*, se han empleado para describir una combinación de amor, obligación y deseo de hijos e hijas adultas de corresponder a padres y madres por su labor de crianza (Lashewicz & Keating, 2009).

Ahora bien, algunos estudios revelan diferencias culturales en torno a los cuidados incluso dentro de un mismo país. Por ejemplo, Swartz (2009) describe cómo en Estados Unidos, las personas hispanas y afroamericanas manifiestan una mayor obligación filial de cuidado a sus padres y madres que las personas de etnia caucásica. En España, al igual que en otros países de la zona mediterránea, la obligación filial es una norma social compartida por la sociedad en su conjunto, avalada por la doctrina social de la Iglesia católica (en el caso de Italia, España y Portugal, y de forma similar por la Iglesia ortodoxa en Grecia), interiorizada a muy temprana edad, cuyo origen se remonta a la Edad Media (Reher, 1998). Desde el siglo XVI, aunque la ley establecía la distribución paritaria de la herencia entre hijos e hijas, se convirtió en costumbre emplear *la mejora*, que consistía en un aumento de hasta una tercera o una quinta parte de la misma, para favorecer al hijo o a la hija que había estado cuidando de su padre y/o madre en los últimos años. Sin embargo, dicha costumbre, mantenida durante siglos,

en las últimas décadas se ha ido desdibujando (Robles-Silva & Rosas-García, 2014). En la actualidad, no obstante, el sentimiento de obligación filial sigue presente, siendo habitual que las personas adultas supervisen la salud de sus progenitores, les hagan visitas regulares y les acompañen a los centros médicos en sus visitas rutinarias; ante la pérdida de autonomía, no es infrecuente en España que algunas personas mayores se trasladen a vivir con sus hijos y/o hijas, especialmente con estas últimas (Marí-Klose & Escapa, 2015).

En línea con la teoría del altruismo, la evidencia empírica pone de manifiesto la existencia de un modelo de transferencias económicas familiares caracterizado por un altruismo intergeneracional, donde los miembros más ricos de la familia ayudan a los más pobres (Silverstein, 2006). Dicho altruismo genera típicamente sentimientos de gratitud en las personas que reciben dicha ayuda. Algunas teorías evolucionistas proponen que es precisamente ese sentimiento de gratitud, y no otros sentimientos similares, la adaptación del ser humano que promueve el altruismo recíproco (McCullough, Kimeldorf, & Cohen, 2008). Un estudio llevado a cabo por Watkins, Scheer, Ovnicek y Kolts (2006) pone de manifiesto que cuando las personas ayudan mostrando expectativas explícitas de una futura devolución del favor, quienes reciben dicha ayuda muestran sentimientos de obligación y de estar en deuda con ellas, pero no de agradecimiento. Al contrario, cuando no se explicitan dichas expectativas de devolución, aumentan los sentimientos de agradecimiento en la persona beneficiaria y, con ellos, la probabilidad de ayudar a su benefactor en el futuro.

Por otro lado, es interesante el enfoque que se traslada a las situaciones de cuidado informal desde la teoría del compromiso (Johnson, 1991; Quinn, Clare, & Woods, 2010), que trata de explicar el compromiso que adquieren las personas cuidadoras cuando deciden asumir los cuidados de otra persona. Desde esta teoría se sostiene que existen factores internos y externos que condicionan el compromiso de una persona hacia otra. Por un lado, dentro de los factores internos, se distingue el compromiso personal y el compromiso moral. El compromiso

personal está relacionado con el deseo de un individuo de mantener un determinado vínculo o comportamiento hacia una persona (por ejemplo, por amor o por amistad). Por el contrario, el compromiso moral se refleja cuando el individuo siente una obligación moral de continuar con dicho vínculo o comportamiento (deber conyugal o piedad filial, por ejemplo). Por otro lado, los factores externos son los denominados compromisos estructurales, e incluyen elementos como la presión social o la falta de alternativas. El impacto de los compromisos estructurales, sin embargo, solo resulta determinante cuando el compromiso interno (personal y/o moral) es bajo (Johnson, Caughlin, & Huston, 1999).

Otra perspectiva es la que aporta la *teoría del desarrollo psicosocial* (Erikson, 1980), desde la que se explica el proceso de desarrollo psicosocial del ser humano a través de la superación de una serie de fases evolutivas, cada una de las cuales caracterizada por una crisis que superar y una competencia concreta a desarrollar. En la etapa de la adultez media, el conflicto básico es la *generatividad* frente al estancamiento, según la terminología utilizada por el autor. Esta fase se caracteriza por la necesidad que tiene la persona de sentirse productiva (sentir que genera) en los ámbitos familiar, laboral y/o comunitario. Por tanto, el componente fundamental de la generatividad es la preocupación hacia la siguiente generación, por el porvenir de la familia y, especialmente, por el de las siguientes generaciones. Posteriormente, Erikson, Erikson y Kivnick (1986), a partir de la teoría de la evolución de la identidad en el ciclo vital, desarrollaron el concepto de *gran generatividad* para explicar cómo dicha necesidad se prolonga también durante la vejez, especialmente a través de la relación con los nietos y las nietas.

En cambio, desde el *modelo de solidaridad intergeneracional* de Bengtson y Roberts (1991), la ayuda y los cuidados se entienden como un componente natural dentro del funcionamiento sistémico de la familia. Es decir, el cuidado es un componente básico en el contexto de interacción, cohesión y afecto que tiene lugar en las relaciones que se desarrollan

entre sus miembros a lo largo del tiempo. La solidaridad familiar se desarrolla más allá de la reciprocidad, puesto que no necesariamente conlleva la obligación de devolver. Por ello, algunas generaciones pueden recibir más de lo que han aportado o más de lo que podrán aportar. Así, la solidaridad familiar puede entenderse como un capital social con el que cuentan las personas para aumentar su bienestar, tanto subjetivo como material (Silverstein, Gans & Yang, 2006).

Este impacto de la solidaridad intergeneracional sobre el bienestar de las personas puede entenderse por las seis dimensiones diferentes que conlleva (Bengtson, 2001):

1. Solidaridad afectiva: incluye los sentimientos y evaluaciones que expresan los miembros de la familia acerca de su relación con otros miembros.
2. Solidaridad asociacional: hace referencia al tipo y frecuencia de contacto intergeneracional entre los miembros de la familia.
3. Solidaridad consensual: grado de acuerdo en opiniones, valores y orientaciones entre generaciones.
4. Solidaridad funcional (de asistencia): esta dimensión es la que hace referencia directa a la ayuda entre generaciones, incluyendo los comportamientos de dar y recibir apoyo entre generaciones, ya sea por el intercambio de bienes y servicios instrumentales, como por el apoyo emocional.
5. Solidaridad normativa: incluye el conjunto de expectativas sobre las obligaciones filiales y las obligaciones parentales, así como normas sobre la importancia de los valores familiares.
6. Solidaridad estructural: hace referencia a la *estructura de oportunidad* para la interacción entre las diferentes generaciones, reflejando, por tanto, la proximidad geográfica (o, más actualmente, virtual) entre los miembros de la familia.

Basándose en el estudio *Longitudinal Study of Generations (LSOG)*, realizado con más de 2.000 miembros de familias de 3 generaciones a lo largo de 3 décadas, Bengtson (2001) pudo comprobar dos fenómenos relativos a la solidaridad afectiva que se repetían de manera constante. En primer lugar, Bengtson constató que los sentimientos y las valoraciones que hacían las personas respecto a otros miembros de su familia se mantenían altas y estables a lo largo del tiempo. En segundo lugar, pudo confirmar la existencia de un sesgo intergeneracional –*intergenerational stake*– (formulada teóricamente a través de la *hipótesis de la inversión o apuesta intergeneracional*, Giarrusso, Stallings, & Bengtson, 1995), consistente en que los familiares ascendientes tienden a valorar con más afecto y más positivamente las relaciones con sus familiares descendientes que estos las relaciones con ellos. De esta forma, las generaciones mayores muestran una mayor inversión psicológica en sus relaciones que las más jóvenes.

A pesar de dicha diferencia generacional, se evidencia que los niveles de solidaridad afectiva, en términos generales, tienden a mantenerse altos y constantes a lo largo del tiempo. En este sentido, parece demostrado que la fortaleza de los vínculos emocionales entre padres y madres e hijos e hijas correlaciona positivamente con la cantidad de ayuda que intercambian (Silverstein, 2006). A pesar de ello, la solidaridad intrafamiliar no está exenta de conflictos y ambivalencia (Bengtson, Giarrusso, Mabry, & Silverstein, 2002), que habitualmente se acompaña de consecuencias negativas para el bienestar de las personas involucradas en dichas relaciones, con mayores niveles de depresión, menor calidad de vida y satisfacción vital y peor salud (Fingerman & Birditt, 2010). Pues bien, la ambivalencia en las relaciones de cuidado que ocurren dentro del seno familiar puede ser entendida desde dos diferentes dimensiones.

Desde una dimensión sociológica o estructural de la ambivalencia, esta ocurre cuando el rol que desempeña una persona incluye normas o expectativas contradictorias (Luescher & Pillemer, 1998). Por ejemplo, cuando se espera que una madre sea equilibrada y objetiva en el

cuidado de sus hijos e hijas y, al mismo tiempo, se espera de ella protección y entrega absoluta e incondicional. Este tipo de ambivalencia ha sido ampliamente estudiada desde el feminismo, ya que los roles atribuidos tradicionalmente a las mujeres parecen presentar un mayor número de normas y expectativas contradictorias entre sí que los tradicionalmente asumidos por los hombres (Fingerman & Birditt, 2010).

La segunda dimensión de la ambivalencia es de carácter psicológico y hace referencia a la existencia simultánea de sentimientos positivos (afecto y gratitud, por ejemplo) y negativos (ira y rencor, por ejemplo) hacia una misma persona. Aunque es un factor inherente a las relaciones humanas adultas, está especialmente presente en las relaciones familiares intergeneracionales (Luescher & Pillemer, 1998). Sin embargo, este tipo de ambivalencia no siempre se percibe de forma negativa, sino que, por el contrario, suele entenderse como un fenómeno normalizado en las relaciones afectivas (Van-Gaalen, Dykstra, & Komter, 2010).

La ambivalencia caracteriza de manera general a las relaciones familiares estrechas y de forma especial a las relaciones entre distintas generaciones, debido a las peculiaridades de este tipo de vínculo familiar (Connidis & McMullin, 2002). La mayoría de las personas adultas rara vez rompen el contacto con sus padres y/o madres, salvo con el padre, cuando se trata de un padre ausente, en cuyo caso el distanciamiento o incluso la ruptura total del vínculo no son infrecuentes (Ahrons, 2007; Amato, 2000; Fingerman & Birditt, 2010; Kahn, McGill, & Bianchi, 2011). Eso supone que, por regla general, las relaciones entre una persona y su padre y/o su madre se encuentran entre las más duraderas que existen entre los individuos. Además, normalmente, las personas adultas señalan la relación con su padre y, especialmente con su madre, y con sus hijos, y especialmente con sus hijas, como las más significativas, situándolas en todo caso solo por detrás de la relación con su pareja romántica (Fingerman, Hay, & Birditt, 2004).

Otro factor diferencial de las relaciones familiares intergeneracionales es el cambio de roles que se va produciendo dentro de ellas a lo largo del ciclo vital familiar. Así, mientras la infancia se caracteriza por una gran dependencia hacia padres y madres, con altos requerimientos de cuidado, conforme el individuo va creciendo la intensidad de los cuidados necesarios para su desarrollo va siendo menor, hasta que, al convertirse en una persona adulta, se relaciona con su padre y/o madre en un plano de relativa igualdad e interdependencia (Fingerman & Birditt, 2010). En algunas ocasiones, cuando padres y madres mayores llegan a requerir cuidados más o menos intensos por parte de sus hijos e hijas, el cambio puede llegar a suponer una inversión completa de roles. Es precisamente en la convergencia de las necesidades contradictorias de cercanía y apoyo, por un lado, y de autonomía e independencia, por otro, donde la ambivalencia surge con más frecuencia (Luescher & Pillemer, 1998). Así, en el momento en el que un tipo de necesidad es satisfecho, por ejemplo, la necesidad de cuidado y de apoyo, el otro tipo de necesidad, en este caso de independencia y libertad, se acrecienta.

Los datos indican que la ambivalencia suele estar más presente en hijos e hijas adultas con respecto a sus padres y/o madres que al revés (Fingerman & Birditt, 2010). También se han encontrado diferencias de género en el nivel de ambivalencia. Por regla general, las relaciones integradas por mujeres (madres-hijas) suelen ser vividas con una mayor intensidad emocional, tanto positiva como negativa (Fingerman, Sechrist, & Birditt, 2013).

Al hilo de la presencia de sentimientos ambivalentes, en el contexto familiar intergeneracional, en algunas ocasiones, surgen conflictos y tensiones. De hecho, la mayoría de las personas manifiestan tener algo de tensión en las relaciones con sus padres y/o madres y con sus hijos e hijas (Fingerman et al., 2004). Por su parte, al analizar los datos del LSOG, Clarke, Preston, Raksin y Bengtson (1999), detectaron que alrededor del 20% de las relaciones intergeneracionales se caracterizaban por un significativo conflicto o desapego. Por su parte,

Van-Gaalen et al. (2010) encontraron que la ambivalencia de la mayoría de las relaciones entre ascendientes y descendientes se acompañaba de una gran calidad afectiva. Solo el 10% de las relaciones familiares intergeneracionales donde existía ambivalencia (conceptualizada como presencia simultánea de solidaridad y conflictos intergeneracionales) resultaron caracterizarse por una pobre calidad afectiva.

1.1.2.2. Factores relacionados con las razones que influyen en ejercer cuidados informales en el contexto familiar.

Más allá de los modelos teóricos expuestos, la evidencia empírica actual trata de dar respuesta a las cuestiones relacionadas con los factores contextuales y personales que favorecen las relaciones de ayuda y cuidado dentro de la familia, es decir, los factores que favorecen una mayor solidaridad funcional, según el modelo de solidaridad intergeneracional de Bengtson (2001). En este sentido, entre los factores influyentes más investigados, se encuentra la proximidad geográfica, que guarda correspondencia con la dimensión estructural de la solidaridad intergeneracional propuesta por Bengtson, las normas culturales y familiares, que guardan correspondencia con la dimensión normativa de dicho modelo, pero también la disponibilidad de tiempo y recursos, el parentesco con la persona que necesita cuidados, el estado civil, el estatus laboral, la edad o el género.

En cuanto al factor de *proximidad geográfica*, está constatado que las personas que viven cerca de un ascendiente tienen más probabilidad de proveerle cuidados y de hacerlo más horas a la semana, que aquellos que viven lejos (Brandt, Haberman, & Szydik, 2009; Cooney & Dysktra, 2013; Wiles, 2005). En el mismo sentido, las personas cuidadoras que conviven en el mismo hogar que la persona cuidada dedican más horas de asistencia y llevan a cabo un rango de tareas más variado que aquellas que cuidan de alguien con quien no conviven (Vanden-Berg, Fiebig, & Hall, 2014; Wiles, 2005).

Pero la proximidad o lejanía geográfica, lejos de ser un factor sencillo, viene determinado a su vez por la interacción de otros factores más complejos. Las personas mayores y sus hijos e hijas toman decisiones de dónde vivir en base a su historia familiar y a las expectativas con respecto a su futura fragilidad y necesidades de asistencia (Wiles, 2005). Por otra parte, Smits, Van-Gaalen y Mulder (2010) vincularon la decisión de la vuelta a la convivencia familiar con el momento vital de cada persona. Por ejemplo, una situación sobrevenida de divorcio o pérdida de ingresos se asociaba a la decisión de hijos e hijas de irse a vivir con sus ascendientes. Asimismo, una situación sobrevenida de viudedad o discapacidad llevaba con frecuencia a padres y madres a irse a vivir con sus descendientes. Igualmente, la decisión de tener descendencia se hace más probable cuando las personas tienen a sus padres y/o madres viviendo cerca que cuando viven más lejos (Cooney & Dijkstra, 2013). También se ha afirmado que hay una mayor proximidad geográfica entre las familias de clase humilde, probablemente, entre otros motivos, por la necesidad de maximizar y compartir sus recursos (García, 2010).

La evidencia empírica muestra que, en la mayoría de los casos, la persona cuidadora no convive con la persona cuidada (Van-den-Berg et al., 2014), aunque sí suele vivir a menos de 20 minutos de distancia de ella (Family Caregiver Alliance, 2012). En Europa, ascendientes y descendientes suelen vivir relativamente cerca unos de otros. Según indica el estudio de Kohli, Kunemund y Ludicke (2005), el 84% de las personas adultas vive a menos de 25 kilómetros de distancia de sus padres y madres. En España, entre el 30 y el 40% de las personas cuidadoras conviven en el mismo hogar con la persona cuidada, siendo mayor la proporción de personas cuidadoras que viven a menos de 5 kilómetros de distancia de la persona a la que cuidan (Minguela-Recover & Camacho-Ballesta, 2015; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2016).

El factor normativo, por su parte, hace referencia a la *influencia de las normas culturales y familiares* donde tienen lugar las relaciones intergeneracionales. Dichas normas son conceptualmente diferentes de la intencionalidad personal de proveer cuidados y de las conductas de cuidado en sí mismas, aunque constituyen un factor predictor de ambas variables (Silverstein, Gans, & Yang, 2006). En ese sentido, las normas culturales que enfatizan el papel de los abuelos y las abuelas afectan al tipo y al nivel de implicación de estos y estas en el cuidado de sus nietos y nietas (Luo, LaPierre, Hughes, & Waite, 2012). Igualmente, la obligación de proveer cuidados a los miembros más mayores de la familia es un precepto moral presente en casi todas las sociedades (Silverstein, 2006). Sin embargo, el grado en el que ha de proveerse esa ayuda y, sobre todo, quién ha de suministrarla, varía de unas sociedades a otras, dentro de la misma sociedad, de unas familias a otras y, dentro de la misma familia, de unas personas a otras. Así, en la mayoría de las sociedades, las normas culturales de cuidado tienen un mayor peso sobre las hijas que sobre los hijos (Silverstein et al., 2006).

Los países de cultura tradicionalmente *familista*, entre los que se encuentra España, y los países orientales, como Taiwán, Japón o China, se caracterizan por unas sociedades basadas en la unidad familiar, en cuyo contexto se desarrollan estrechas relaciones entre sus miembros y una fuerte solidaridad intergeneracional (Brenna & Di-Novi, 2016; Lai, 2010). Este fenómeno se produce por motivos culturales, pero también por la falta de alternativas institucionales (Brenna & Di-Novi, 2016). Por ejemplo, en España, el 29% de las personas con dependencia reconocida no recibe ninguna prestación o servicio (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España, 2017). Además, estas sociedades tienden a asumir de manera mayoritaria que la familia es el entorno donde deben ser atendidas las personas dependientes, defendiendo la idea de que ese ámbito es el que proporciona una atención de mayor calidad (García, 2010).

A menudo, esta concepción de los cuidados da tanta importancia al contexto informal se vincula a una ideología tradicional del reparto de roles de género, en la que la mujer ha de ser la responsable del hogar y del cuidado de las personas que lo integran. En cambio, en otros países, como Reino Unido o Estados Unidos, donde priman valores tales como la independencia o la libertad individual por encima otros imperativos morales, el cuidado a los familiares no se percibe como una obligación personal. De hecho, en algunos países europeos, como por ejemplo Suecia, no existe, como en España, la obligación legal de asistir a los padres y/o a las madres mayores, ya que dicha responsabilidad recae directamente en la administración local. Pues incluso en esos países, también los cuidados familiares superan en cantidad (más de ocho veces) a los cuidados formales (Ehrlich, Boström, Mazaheri, Heikkilä, & Emami, 2015). En España, los datos han variado ligeramente tras la aplicación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006) a partir del año 2007. Con anterioridad a su entrada en vigor, el 89,4% de las personas dependientes recibían cuidados informales, mientras solo el 8,1% recibían cuidados formales públicos y el 14,8% recibían cuidados formales privados (Rogero-García, 2009). En la actualidad, aunque la presencia de los cuidados formales ha aumentado, estos solo conforman aproximadamente el 13% de los cuidadores principales (Abellán, Pérez, Ayala, Pujol, & Sundström, 2017).

Siguiendo la línea de la clasificación de los estados de bienestar realizada por Esping-Andersen (2000), Oliva y Osuna (2009) describen 4 modelos europeos básicos de atención a la dependencia, cuyas políticas sociales son en cierta forma un reflejo de la cultura y los valores imperantes de su sociedad. De esta forma, el modelo mediterráneo, integrado por algunos países del sur de Europa como España o Italia, se caracteriza por el menor gasto en cuidados de larga duración sobre el Producto Interior Bruto (PIB), una elevada presencia de cuidado informal, una participación asistencialista del Estado y un nivel alto de copago por parte del

usuario. En el otro extremo, con el mayor gasto del PIB en cuidados de larga duración de Europa, se encuentra el modelo escandinavo, integrado por Suecia, Noruega y Finlandia. Estos países disponen de una cobertura universal, en la que la mayoría de sus prestaciones se producen en especie. Dicho gasto es financiado fundamentalmente a través de los impuestos y aunque los cuidados informales tienen un menor peso que en otros países, cuando estos tienen lugar, el Estado ofrece a las personas que lo llevan a cabo una protección social e incluso una remuneración alta. A medio camino entre ambos se encuentra el modelo continental, integrado por países como Alemania, Francia o Austria. Este modelo, con un gasto medio respecto a los otros en PIB, aunque proporciona cobertura universal de atención a la dependencia, la financia a través de cotizaciones sociales. Combinan tanto prestaciones económicas como en especie y establecen un nivel de copago medio por parte del usuario. La presencia de cuidado informal, por otra parte, es baja. Por último, se encontraría el modelo denominado liberal, integrado por países como Reino Unido o Estados Unidos, que, aunque muestra un gasto en cuidados de larga duración ligeramente superior al que se observa en los países del modelo mediterráneo, ofrece una cobertura de tipo asistencial, con un alto peso de la provisión privada y cobrando al usuario una contribución elevada al coste del servicio. La importancia del cuidado informal en estos países es media.

En definitiva, la influencia de los componentes culturales, las creencias religiosas y las prácticas sociales actúan en un doble sentido. Por un lado, favoreciendo en menor o mayor medida el cuidado a otros miembros de la familia y, por el otro, confiriendo a la experiencia de provisión de cuidados un significado propio (altruismo, obligación moral), lo cual ha mostrado tener importantes repercusiones en el bienestar de las personas cuidadoras (Lai, 2010).

Otros factores estudiados que han mostrado tener relación con el cuidado informal que ocurre entre familiares de diferentes generaciones, especialmente en el caso del cuidado de nietos y nietas, ha sido el *nivel socioeconómico*, medido habitualmente por indicadores como

el *estatus económico* y el *nivel educativo*. En relación con el *estatus económico*, los estudios muestran que, más que en la cantidad de ayuda, la influencia ocurre en el tipo de ayuda que se ofrece. Esto se evidencia en el hecho de que las personas con más recursos económicos tienden a ayudar más económicamente, mientras que las personas con menos ingresos, pero con más tiempo disponible, tienden a prestar más ayuda de tipo instrumental (Kahn et al., 2011). Respecto al *nivel educativo*, algunas investigaciones muestran que los abuelos y las abuelas con un nivel de estudios alto tienden a cuidar más a sus nietos y/o nietas (Silverstein & Marengo, 2001; Železná, 2018).

El *parentesco* con la persona en situación de dependencia también ha mostrado ser uno de los factores más influyentes para determinar quién asumirá su cuidado dentro de la familia. Lo más probable es que los cuidados sean asumidos por un hijo o, con mayor probabilidad, por una hija, especialmente cuando la persona dependiente tiene más de 80 años. En edades más tempranas, lo más probable es que los cuidados sean asumidos por el cónyuge (García, 2010; IMSERSO, 2004; Arias-Sánchez, Saavedra-Macías, & Avilés-Carvajal, 2017).

La relación entre el *estatus laboral* y el cuidado informal, sin embargo, es compleja y bidireccional. Mientras algunos estudios apuntan a que las personas que tienen un trabajo remunerado tienen menos probabilidad de convertirse en cuidadoras (Carmichael, Charles, & Hulme, 2010), otros indican que el tener o no un empleo no afecta al hecho de que las mujeres provean cuidados familiares (Pavalko & Artis, 1997; Schmidt et al., 2016). En ese sentido, se encuentran diferencias interesantes entre diferentes contextos sociales y culturales. Por ejemplo, la mayoría de las personas cuidadoras en Estados Unidos son además empleadas a jornada completa o parcial, y cerca del 25% dedica más de 40 horas a la semana al cuidado (Family Caregiver Alliance, 2012). En España, sin embargo, la mayoría de las personas cuidadoras se encuentran fuera del mercado laboral (Rubio-Aranda, Comín-Comín, Montón-Blasco, Martínez-Terrer, & Magallón-Botaya, 2015). Lo que parece coincidir en diferentes

investigaciones es el hecho de que las mujeres que tienen un empleo y empiezan a proveer cuidados familiares tienen más probabilidad de disminuir su jornada laboral o de dejar de trabajar que las no cuidadoras (Carmichael et al., 2010; Pavalko & Artis, 1997; Van-Houtven, Coe, & Skira, 2013).

En la literatura científica no se encuentra una relación clara entre la provisión de cuidados y la edad. Por un lado, en las mujeres se encuentra que la probabilidad de proveer cuidados familiares descende con la *edad*, pero en el caso de los hombres sucede al contrario: la probabilidad de que ellos asuman cuidados aumenta con la edad (Albertini, Kohli, & Vogel, 2007; European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2012; Schmidt et al., 2016). Por otro lado, aunque la probabilidad de que las mujeres asuman cuidados en edades avanzadas es menor que a otras edades (por ejemplo, que entre los 40 y los 60 años, que la probabilidad es máxima), el aumento de la longevidad en las personas mayores está provocando que cada vez sea más habitual encontrar tanto hombres y mujeres ejerciendo cuidados con más de 65 años (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002). En cuanto a la duración de los cuidados, estos pueden prolongarse desde unos meses hasta más de 40 años, encontrándose el promedio en torno a los 4 ó 5 años (Family Caregiver Alliance, 2012; García, 2010). Algunos estudios en España indican, además, que en más del 40% de los casos los cuidados se prolongan durante más de 6 años (García-Calvente, del-Río, & Marcos, 2011; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2016).

Otra cuestión que influye a la hora de convertirse en una persona cuidadora, principalmente en referencia al cuidado de ascendientes, está relacionada con las *preferencias* que en ocasiones muestra la persona a cuidar, ya que a veces es el propio familiar ascendiente el que selecciona a su persona cuidadora, por lo general en base al género, a la afinidad o a la cercanía afectiva (Pillemer & Suitor, 2006). Por tanto, debido a la historia de la relación entre cada hijo y/o hija y sus progenitores, muchas veces la responsabilidad de procurar cuidados

hacia padres y/o madres se distribuye de forma desproporcional entre hermanos y/o hermanas (Connidis & Kemp, 2008).

Por último, otro de los factores que se muestra clave en la motivación hacia el cuidado es el *género* de la persona cuidadora. Teniendo en cuenta la importancia de este factor, el siguiente apartado se dedica a la explicación en detalle de su influencia.

1.1.2.3. Sesgo de género en los cuidados informales ejercidos en el contexto familiar.

La provisión de cuidados en el seno de la familia no se reparte de forma equitativa entre todos sus miembros. De hecho, la asunción de cuidados suele recaer en una única persona, el denominado cuidador principal, quien, en la mayoría de los casos, es la única persona que se ocupa del cuidado y suele dedicar la mayor parte de su tiempo a esa tarea (Freire & Ferradás, 2016). Según apuntes históricos, la práctica de cuidados ha recaído fundamentalmente en las mujeres ya desde el Paleolítico, tal y como puede desprenderse del siguiente fragmento: “Las mujeres, que cuidan a sus hijos hasta que estos pueden valerse por sí mismos, extendieron estos cuidados a otros miembros del grupo e incluso a desconocidos, desarrollando así un altruismo que fue la base del humanismo” (Mezquita, 2013, p. 16).

De esta forma, el cuidado de los demás se ha englobado tradicionalmente entre las tareas propias de la mujer, junto con las labores domésticas, el cultivo de la tierra o la educación de los hijos e hijas, actividades generalmente no remuneradas, todas ellas circunscritas al ámbito del hogar, de lo privado y, por tanto, de lo invisible (Fernández-Tijero, 2016). Pese a la importancia de estas tareas para la supervivencia de la especie, el cuidado de los demás ha sido considerado a través de los siglos, histórica, social y económicamente poco o nada relevante (Crespo & Salazar, 2009). Aún más, parece demostrado que el carácter doméstico de los cuidados ha sido la base para el alejamiento de las mujeres de sus derechos de participación política y ciudadana, ya que es en el mercado de trabajo donde se originan muchos de los derechos y deberes de la ciudadanía (Esplen, 2009; Torns, Borrás, Moreno, & Recio, 2012).

Según lo que cabría esperar tras la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el consiguiente reajuste de roles en el ámbito doméstico, más flexible en la actualidad (Revenson et al., 2016), se registra cierto aumento en la proporción de hombres cuidadores (Gonyea, 2013). Sin embargo, a pesar de este reajuste de roles, en la actualidad sigue siendo la mujer quien mayoritariamente se encarga de proveer cuidados dentro de la familia (Agree & Glaser, 2009; Navaie-Waliser, Spriggs, & Feldman, 2002; Sutor, Sechrist, Gilligan, & Pillemer, 2011). En este sentido, los estudios de distribución del tiempo dentro y fuera del hogar evidencian que lo que se ha producido en muchas de las mujeres que trabajan de forma remunerada, más que un cambio de roles ha sido una acumulación de ellos (González & Jurado, 2009; Sayer, 2016).

De hecho, el perfil sociodemográfico más habitual de una persona cuidadora de una persona mayor dependiente es el de una mujer que cuida de su cónyuge enfermo o una hija que cuida de su madre viuda (Abellán-García & Pujol-Rodríguez, 2015; Chappell & Penning, 2005). Asimismo, en los estudios en los que la persona a cuidar se trata de un niño o una niña o una persona adulta con discapacidad, aparecen las mujeres, madres y abuelas, como cuidadoras principales (Earle & Heymann, 2012; Lin, Fee, & Wu, 2012; Luo et al., 2012). En este sentido, el sesgo de género encontrado entre los abuelos y las abuelas que cuidan de sus nietos y/o nietas es explicado por Grundy et al. (2012), por el hecho de que para las abuelas el cuidado de nietos y/o nietas suele suponer, más que una elección personal, como sucede con frecuencia en el caso de los abuelos varones, una respuesta normativa, una responsabilidad familiar adicional a asumir. De la misma forma, las autoras Casado-Mejía y Ruiz-Arias (2013), en un estudio cualitativo llevado a cabo con enfermeras y con personas cuidadoras de mayores dependientes, encontraron que tanto las enfermeras como las mujeres cuidadoras identificaron la asunción de los cuidados como un cumplimiento del mandato de género.

1.1.3. Generación sándwich: cuando el cuidado de las nuevas generaciones coincide con el cuidado de la generación mayor.

El cuidado en el ámbito familiar no es algo que se produzca al margen del resto de las tareas reproductivas, sino que suele darse de manera simultánea junto con la realización de otras actividades, como por ejemplo cuidar el hogar de la persona dependiente, en el caso del cuidado a los ascendientes o, supervisar las tareas escolares, en el caso del cuidado de nietos y nietas (Esquivel, Faur, & Jelin, 2012). Además, con frecuencia, convergen en una misma familia varias personas con necesidades de cuidado, ya sean niños o niñas en los primeros años de su vida y/o personas adultas con alguna discapacidad que les impide desenvolverse de forma autónoma. Por lo general, esos cuidados suelen recaer principalmente en una sola persona, típicamente, en una mujer de mediana edad, es decir, mujeres de entre 40 y 60 años. En ese sentido, la situación más llamativa es la que protagonizan las mujeres de la denominada generación sándwich, protagonistas de este apartado.

El término generación sándwich (Dukhovnov & Zagheni, 2015; Loomis & Booth, 1995; Grundy & Henretta, 2006), similar a las expresiones *mujeres de en medio* (*women in the middle*) o *generación de en medio* (*pivot generation*) empleadas en otros estudios (Attias-Donfut, 2001; Martire & Stephens, 2003; Wallace- Williams, Dilworth-Anderson, & Goodwin, 2003), se utiliza en una doble vertiente. Por un lado, a nivel puramente estructural, se trata de una cohorte poblacional que se encuentra entre una generación mayor y otra más joven. Por otro lado, a un nivel más psicológico, el término hace referencia a la situación de aquellas personas, fundamentalmente mujeres de mediana edad, que se encuentran con la doble presión del cuidado tanto hacia sus ascendientes -personas mayores dependientes- como a sus descendientes (Abramson, 2015).

Algunos estudios han puesto de manifiesto la situación que viven estas mujeres cuando, además de asumir los cuidados familiares de diferentes generaciones, se encuentran

incorporadas en el mercado laboral (Evans et al., 2016; O'Sullivan, 2015). Como era previsible, su nivel de estrés es mayor que el de las personas no cuidadoras o el de las personas que proveen cuidados familiares, pero no tienen un trabajo remunerado. Sin embargo, el trabajo fuera de casa les aporta también satisfacción y les permite desconectar de las tareas de cuidado, por lo que el impacto de la doble presión de trabajo remunerado y cuidados familiares sobre el bienestar de este colectivo, lejos de suponerle una presión extra, parece jugar cierto papel protector sobre este colectivo de personas cuidadoras (Pavalko, 2011; Williams, 2004).

Aunque inicialmente se incluía bajo el término generación sándwich el cuidado simultáneo de padres y/o madres y de hijos y/o hijas, estudios recientes, haciendo frente a los actuales cambios demográficos relacionados con el aumento de la esperanza de vida, contemplan la variante del doble cuidado hacia ascendientes y descendientes de segundo grado, es decir, nietos y/o nietas (Huvent-Grelle, Boulanger, Beuscart, Martin, Podvin, & Puisieux, 2015).

Según esta última tipología, a esta generación, también conocida como *segunda generación en familias de cuatro generaciones* (*second generation in four generation families*) o *cuidadoras potenciales de ambos extremos* (*potential both-end carers*), pertenece un colectivo de mujeres que se encuentra en un momento del ciclo vital familiar en el que la presión de la carga de cuidados puede alcanzar su punto máximo (Lundholm, & Malmberg, 2009; Železná, 2018). Es concreto, son aquellas mujeres que se hallan entre una generación de personas mayores potencialmente dependientes (padre, madre, suegro y/o suegra) y dos generaciones de descendientes (hijos y/o hijas y nietos y/o nietas), que también demandan con frecuencia ayuda, especialmente en lo que tiene que ver con el cuidado de los nietos y/o nietas (Do, Cohen, & Brown, 2014; Riley & Bowen, 2005; Wiemers & Bianchi, 2015). De hecho, a pesar de que la carga de cuidados puede alcanzar el punto máximo, lo cierto es que la realidad y las necesidades de estas mujeres se encuentran habitualmente invisibilizadas (American

Psychological Association, 2014; Butler, Turner, Kaye, Ruffin, & Downey, 2005). Además, según indican Rubin y White-Means (2009), la cantidad de mujeres que se encuentran en esta situación tiende a ser subestimado. En concreto, según Künemund (2006), la mayoría de las mujeres entre 40 y 59 años pueden estar en una situación de demandas de ayuda de las generaciones jóvenes y mayores al mismo tiempo. Son las mujeres de mediana edad, por tanto, las que tienen más probabilidades de estar cuidando a la generación anterior a la vez que asumen múltiples responsabilidades familiares, entre ellas el cuidado de las generaciones más jóvenes (Butler et al., 2005). En el estudio de Wiemers y Bianchi (2015), se detectó que dicho porcentaje se ha incrementado aproximadamente en un 10-20% desde 1988. Aunque no todas las mujeres pertenecientes a dicha generación por criterios estrictamente sociodemográficos llegan a asumir esos cuidados de manera simultánea (Künemund, 2006), el porcentaje de mujeres que realmente se encuentran o se han encontrado en dicha situación no es despreciable, situándose en torno al 30% de ellas (Wiemers & Bianchi, 2015; Železná, 2018).

En España, donde los cambios sociodemográficos con respecto a otros países de su entorno suceden con cierto retraso, el fenómeno del doble cuidado hacia ascendientes y descendientes de segundo grado podría decirse que acaba de comenzar. La coexistencia de cuatro generaciones en la misma familia ha pasado, en las últimas décadas, de ser un fenómeno extraño a ser una situación relativamente frecuente, pero muy pronto será mayoritaria (Pérez-Díaz, 2003). Hace apenas 100 años, la esperanza de vida al nacer en España estaba en torno a los 40 años. En cambio, en la actualidad, la esperanza de vida en España ha sobrepasado ya los 85 años para las mujeres y los 80 años para los hombres (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017), encontrándose entre las más altas de Europa y del mundo. Además, las estimaciones para el futuro a corto y medio plazo prevén que se mantenga la misma tendencia. Así, teniendo en cuenta además la mayor longevidad de las mujeres, según las estimaciones

del INE (2017), las mujeres que en el año 2031 tengan 65 años vivirían en promedio 24,7 años más, frente a los 22,7 años de supervivencia en el año 2015 para las mujeres a los 65 años.

Estas abuelas, que actualmente están comenzando a formar parte de la generación sándwich o, más bien, de ese “doble sándwich” entre una generación anterior y dos posteriores, pertenecen a la primera generación de mujeres que se incorporó masivamente al trabajo remunerado en nuestro país, y entre quienes encontramos a muchas de las pioneras en alcanzar una educación universitaria, factores que han influido en el hecho de que sean una generación de mujeres que ha supuesto un motor de cambio y transformación social (Gomila, 2005).

En España esta generación de jóvenes abuelas es precisamente la que ha actuado de bisagra entre un modelo de valores familiares tradicionales, en los que se educó esa generación, donde los padres, y en menor medida las madres, constituían una fuerte autoridad y el cuidado hacia las personas mayores era percibido como una obligación moral inexcusable, frente a los valores modernos en los que han educado a sus hijos e hijas, donde prima el desarrollo de la identidad, la libertad y el desarrollo individual (Caplow, 1995; Solís, 2009). A través de estas mujeres, se ha producido una transición de valores dentro de la familia hacia valores más democráticos, en los que hay un mayor reconocimiento a la autonomía de hijos e hijas y a su derecho a pensar y a actuar como ellos y ellas decidan (Jaime-Castillo, 2000).

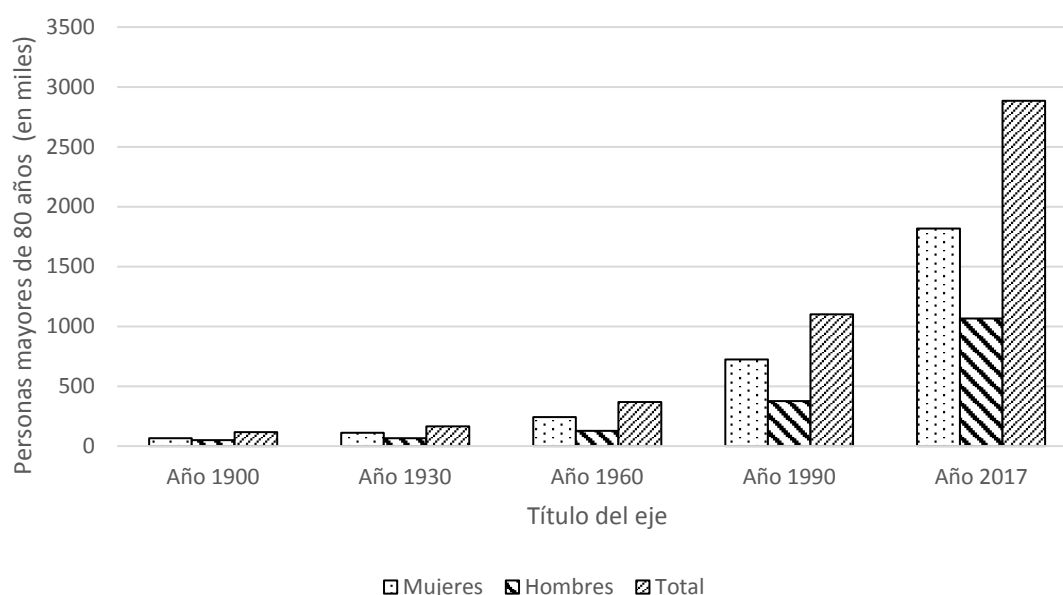
De hecho, con respecto a la provisión de sus propios cuidados, esta generación de mujeres se encuentra actualmente en una situación peculiar, no exenta de ambivalencia. Por un lado, muchas de estas mujeres manifiestan en su discurso su deseo de no ser una carga para sus hijos e hijas, pero, por otro, muchas también esperan poder ser cuidadas por sus hijos e hijas, tal y como ellas cuidaron y continúan cuidando en la actualidad a sus padres y madres (Gomila, 2005).

A continuación, se va a realizar un análisis detallado de la situación de los cuidados informales que esta generación de mujeres ejerce, por un lado, hacia familiares ascendientes y, por otro lado, hacia nietos y nietas.

1.1.3.1. El cuidado de ascendientes.

En el último siglo se ha registrado un proceso de envejecimiento poblacional, producido por una disminución de la natalidad y un crecimiento sostenido de la esperanza de vida a nivel mundial (World Health Organization [WHO], 2016). Recientemente está aumentando también la supervivencia en la vejez, lo que se conoce como sobre-envejecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). El fenómeno del sobre-envejecimiento no solo supone que envejece la población, sino que, además, envejece el subgrupo de personas de más edad y esto sucede en la actualidad más rápidamente que en los años precedentes (OMS, 2018). Por tanto, el hecho de que el envejecimiento poblacional ocurra de manera más acusada en las mujeres provoca que se esté produciendo actualmente un doble efecto de sobre-envejecimiento y feminización del envejecimiento.

Figura 1. Evolución de la población mayor, 1900-2017.



Elaboración propia.

Fuente: INE. 1900-2011. Censos de Población y Vivienda; 2017. Estadística del Padrón Continuo a 1 de julio de 2017.

Para el año 2050, la Organización de Naciones Unidas estima que a nivel mundial el 21% de la población superará los 60 años y el 4,8% los 80 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). En la actualidad, Europa es el continente más envejecido y todas las previsiones indican que la tendencia se seguirá manteniendo. Para el año 2060, más del 30% de la población de la Unión Europea será mayor de 65 años (Eurostat, 2010).

En España, a 1 de enero de 2017 hay 8.764.204 personas mayores de 65 años, un 18,8% sobre el total de la población (Abellán-García, Ayala-García, Pérez-Díaz, & Pujol-Rodríguez, 2018). Las previsiones para el futuro próximo apuntan en el mismo sentido. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico estima que, para mediados del siglo XXI, España será el segundo país más envejecido del mundo, solo superado por Japón (OECD, 2017).

Es indudable que el aumento en la esperanza de vida supone uno de los grandes logros de nuestra civilización, encontrándose el origen de este incremento especialmente en la mejora de las condiciones sociosanitarias (Casado-Marín, 2001; Robine, 2003). De hecho, la Organización Mundial de Salud (OMS, 2018) considera el aumento de la esperanza de vida un indicador directo de la mejora de salud de la población general. Sin embargo, sigue existiendo una importante asociación entre envejecimiento y dependencia, que se hace especialmente patente a partir de los 85 años (Whitbourne & Whitbourne, 2012). Esto es debido a que, si bien los avances de la medicina y la ciencia han permitido disminuir e incluso eliminar la mortalidad de la mayoría de las enfermedades que en épocas pasadas esquilaban a la población, no se ha podido aún erradicar la presencia de muchas de estas patologías, con lo que se ha producido un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, a menudo asociado a un deterioro de las condiciones de salud en edades avanzadas (Schmidt et al., 2016). De hecho, datos actuales muestran que más del 60% de las personas adultas mayores de 65 años padece alguna enfermedad crónica (Birditt & Wardjiman, 2012).

Asociada a estas enfermedades, con frecuencia las personas padecen falta de autonomía en sus actividades de la vida diaria, especialmente en las actividades básicas e instrumentales. Las *actividades básicas de la vida diaria* son aquellas imprescindibles para vivir (solo superadas por las funciones vegetativas), tales como la alimentación, la movilidad, el aseo o el uso del retrete, que proporcionan un índice de autonomía de la persona. La falta de funcionalidad respecto a las actividades básicas de la vida diaria indica las dificultades para llevar a cabo al menos una de las seis actividades que representan dichas habilidades de autocuidado: vestirse (incluyendo ponerse calcetines y zapatos), caminar por una habitación, bañarse y ducharse, comer, entrar y salir de la cama y usar el retrete (Solé-Auró, 2016). Las *actividades instrumentales de la vida diaria* suponen un tipo de actividad más complejo que el de las básicas, pero también resultan imprescindibles para desenvolverse con autonomía en

sociedad (Rodríguez, Tabares, Jiménez, López, & Ramos, 2014). La falta de funcionalidad para las actividades instrumentales de la vida diaria indica, por tanto, dificultades a la hora de realizar actividades que representan habilidades para vivir de forma independiente: usar un mapa, preparar una comida caliente, comprar comida, usar el teléfono, tomar medicamentos, hacer trabajos de casa o del jardín, y gestionar el dinero.

Se estima que el 21% de la población asiste, de forma no remunerada, a alguna persona adulta en al menos una actividad básica o instrumental de la vida diaria (Pavalko, 2011). En un estudio europeo basado en los datos de la encuesta SHARE, al controlar la edad y el sexo, se encontró que España presentaba mayores niveles de dificultades para las actividades de la vida diaria que la mayoría de los países (Solé-Auró, 2016). Según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011), más de la mitad de las personas mayores de 80 años en España requieren alguna ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Según datos ofrecidos por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España (2017), a fecha 31 de diciembre de 2016 había en España 1.213.873 personas en situación de dependencia reconocida y otras 103.238 en espera de valoración, lo cual supone que un 2,3% de la población española necesita algún tipo de ayuda para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Tal y como cabría esperar por la distribución de la pirámide poblacional en España, las necesidades de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria de las personas mayores son más acusadas en las mujeres que en los hombres. De hecho, de todas las personas con dependencia reconocida en España, aproximadamente dos tercios son mujeres (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España, 2017). Esta circunstancia se une además al hecho de que, dentro de este grupo de mujeres con dependencia reconocida, el 57,9% tiene dificultades graves para vivir de forma autónoma, frente al 50,1% de los hombres mayores dependientes (García, 2010).

A nivel mundial, los principales, síntomas, síndromes y enfermedades de discapacidad que provocan dependencia en las personas mayores son el deterioro sensorial, el dolor de cuello y espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la artrosis y la demencia (OMS, 2017). En este sentido, el estudio *Global Burden of Disease* (2010) investigó más de 250 causas de enfermedad en 187 países y encontró que las causas de enfermedad y, por ende, de dependencia, habitualmente no coinciden con las causas de muerte. De hecho, los datos españoles de este estudio muestran que existen, como media, más de 10 años entre el inicio de padecimiento de enfermedad (edad media asociada a salud óptima) y la edad media de muerte.

Además, respecto a la generación del *baby boom*, aunque sus integrantes disponen actualmente de una mayor esperanza de vida en comparación con la generación previa al baby boom (Fingerman, Pillemer, Silverstein, & Sutor, 2012; Majón-Valpuesta, Ramos, & Pérez-Salanova, 2016), sin embargo se prevé que esta generación del baby boom padezca más enfermedades en la etapa de la vejez de lo que lo hizo la generación anterior (Abellán-García, & Pujol-Rodríguez, 2015; King, Matheson, Chirina, Shankar, & Broman-Fulks, 2013). Por tanto, uno de los principales retos que el siglo XXI plantea a las sociedades desarrolladas es el envejecimiento de su población, tal y como demuestra el hecho de que este sea incluido entre las principales líneas estratégicas de la Fundación General del CSIC (“Envejecimiento, discapacidad y enfermedad”) y entre los retos sociales del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación (Gobierno de España, 2016), así como en el Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea Horizonte 2020. Y dentro del ámbito del envejecimiento de la población, uno de los desafíos más importantes a enfrentar es lo que tiene que ver con la demanda de cuidados en esta población (Pavolini & Ranci, 2008).

Asociado al aumento de la esperanza de vida y a la reducción de la natalidad, en las últimas décadas la familia está sufriendo un proceso de verticalización en su estructura

(Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1990), ya que cada vez las generaciones van teniendo menos miembros (que se traduce en menor número de hermanos y/o hermanas) pero que viven más años, por lo que coinciden un mayor número de generaciones vivas (Meil, 2006). Por ejemplo, según datos de Hagestad y Uhlenberg (2007), en los países industrializados, la mayoría de las personas adultas entre 50 y 59 años tiene todavía a su padre y/o a su madre con vida. Por tanto, se registra un aumento del número de familias de cuatro generaciones, en las que las dos de más edad serían consideradas personas mayores (Jeune & Christensen, 2005), mientras disminuye el número de personas potencialmente disponibles para el cuidado (Pavalko, 2011).

Sin embargo, es importante hacer una puntualización al respecto de considerar a una de las generaciones como *personas mayores*. Aunque se sigue tomando como referencia los 65 años de edad para referirse al umbral que indica que un individuo ha comenzado a formar parte del colectivo de personas mayores, las evidentes diferencias actuales entre las condiciones físicas y la salud promedio de una persona de 65 años y otra persona centenaria, han llevado a los especialistas en gerontología a distinguir, dentro de las personas mayores, tres grupos de edad: *mayores jóvenes* (*young-old*, en inglés), que se encuentran entre los 65 y los 74 años, los *mayores mayores* (*old-old*, en inglés), entre los 75 y los 84, y los *mayores más mayores* (*oldest-old*, en inglés), con más de 85 años (Whitbourne & Whitebourne, 2012). Otros términos, como los *centenarios* (*centenarians*, en inglés), para hacer referencia a aquellos que han superado los 100 años de edad, o incluso los *super-centenarios* (*super-centenarians*, en inglés), para referirse a los que han superado los 110 años, son cada vez más comunes en la literatura gerontológica (Freeman, Kurosawa, Ebihara, & Kohzuki, 2010). Así, el hecho de que cada vez haya más años de vida asociados a la etapa de la vejez ha provocado el surgimiento de una propuesta de retrasar el inicio de la vejez utilizando un umbral móvil que no estaría marcado por la edad cronológica sino por la edad prospectiva (Abellán-García, Ayala-García, & Pujol-Rodríguez, 2017).

En definitiva, lo que los datos poblacionales y de investigación muestran es que la etapa de la vejez se está alargando, siendo el final de esta etapa lo que realmente se asocia con peor estado de salud y, por ende, con niveles más altos de dependencia. El período en que tiende a producirse la necesidad de cuidados por parte de las personas mayores resulta ser, por tanto, bastante breve, en comparación con la cantidad de tiempo en la que estas suelen gozar de buena salud (Fingerman & Birditt, 2010).

En la actualidad, el papel de la familia y el entorno cercano como principal fuente de cuidados hacia las personas mayores es una constante que se repite, con menores o mayores variaciones en el nivel de apoyo de las administraciones públicas, en todos los países (Bengtson, Lowenstein, Putney, & Gans, 2003).

En España, solo el 10,4% de las personas mayores dependientes reciben únicamente cuidados formales, frente al 69,3% que solo recibe cuidados informales. Este dato resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que, en casi todas las actividades, quienes solo reciben cuidado informal presentan mayores porcentajes de dependencia que quienes reciben únicamente cuidado formal (García, 2010).

Por su parte, las personas mayores que reciben cuidado formal e informal conjuntamente, que constituyen el 20,3% de las que reciben cuidados, son quienes presentan un mayor porcentaje de dependencia en todas las actividades básicas de la vida diaria. También es importante resaltar que existe un pequeño pero importante grupo de personas, en torno al 7,5% de las personas mayores dependientes, que declara necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria pero no recibir ningún tipo de atención ni cuidados (García, 2010).

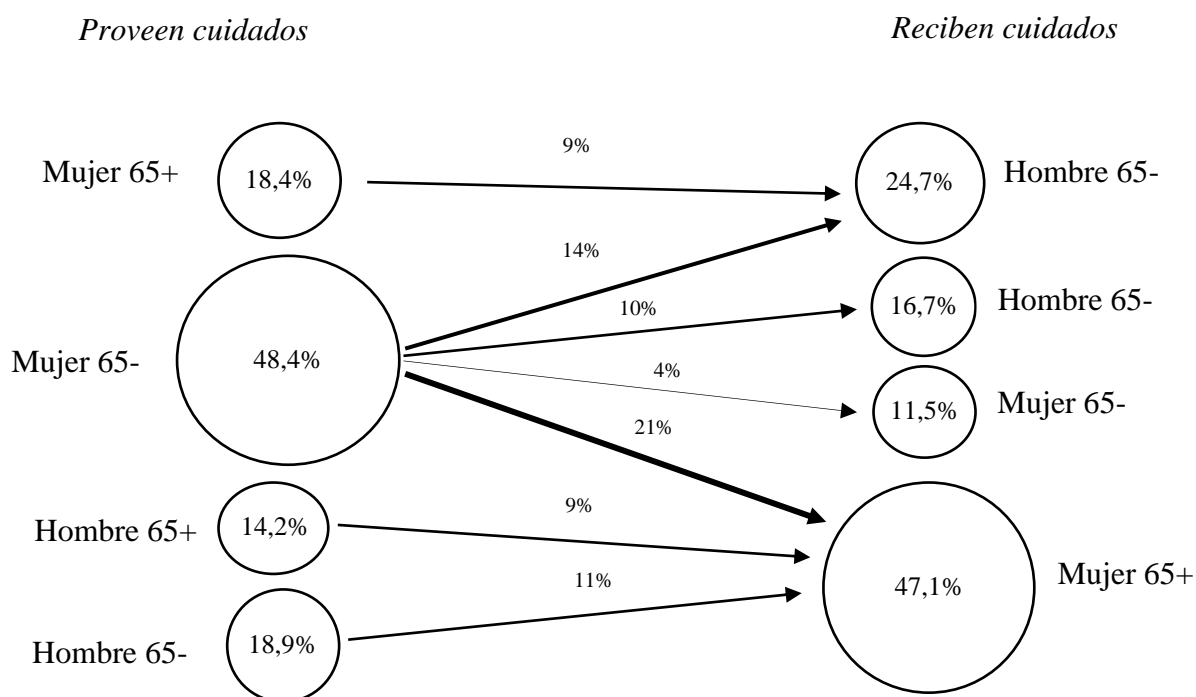
Tomando estos datos en conjunto, el 89,4% de las personas mayores que reciben algún tipo de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria recibe cuidado informal. Además, la tendencia general de mantener los cuidados fundamentalmente dentro de la familia se ha acrecentado además en las últimas décadas. En el actual contexto político y económico,

la mayoría de los gobiernos occidentales, bajo la presión de la globalización y las políticas de libre mercado, han reducido su compromiso de cubrir las necesidades asociadas a los miembros más dependientes de su sociedad, delegándolo en las familias (Silverstein, 2006).

El cuidado que proveen los conocidos como cuidadores informales reduce las demandas de los sistemas sanitarios públicos y evita o retrasa la institucionalización de las personas dependientes (Freeman, Kurosawa, Ebihara, & Kohzuki, 2010). Anualmente, las personas cuidadoras ahorran a los sistemas sanitarios canadienses y estadounidenses 25 billones y 350 billones, respectivamente (Bastawrous, 2013). Los costes económicos de los cuidados informales se han estimado en España en torno al 30%-60% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud, ahorro que equivaldría a un rango de entre el 1,55% y el 3,26% del Producto Interior Bruto Anual (Oliva & Osuna, 2009).

La distribución de los cuidados informales en España dentro de la familia refleja la existencia de una jerarquía de personas cuidadoras, establecida, tal y como se ha descrito en el apartado 1.1.2., en función de la cercanía del parentesco y del género (García, 2010). De esta forma, cuando la persona dependiente está casada, lo más probable es que sus cuidados los asuma su cónyuge. Sin embargo, cuando la persona dependiente es viuda o bien está separada o divorciada, son las hijas quienes asumen de forma mayoritaria su cuidado (Abellán-García et al., 2018). En cambio, la participación de los hijos varones es mucho menor. Por ejemplo, las hijas son cuidadoras únicas en el 28% de los casos, mientras la proporción de hijos varones que son cuidadores únicos es llamativamente inferior, situándose por debajo del 3%. Cuando se tienen en consideración todos los tipos posibles de participación en el cuidado, los cónyuges o parejas, hombres y mujeres conjuntamente, participan en el 37,9% de los cuidados informales, mientras que las hijas lo hacen en el 44,8% (García, 2010), por lo que las hijas de mediana edad suelen constituir el pilar del cuidado en España (Abellán-García et al., 2018). En la figura 2 se muestra un resumen de los patrones de cuidado en base a la edad y al sexo.

Figura 2. Patrones de cuidado informal. Quién cuida a quién (en volumen).



Fuente: Un perfil de las personas mayores en España 2018. Indicadores en red (Abellán-García et al., 2018) (no se representan todos los flujos para facilitar la lectura).

A nivel más internacional, los datos indican un patrón similar, aunque con una proporción de cuidados hacia ascendientes ligeramente superior, donde las hijas o nueras constituyen en torno al 50-60% del total de las personas cuidadoras (Bastawrous, 2013).

Por tanto, dada la tendencia demográfica actual y la distribución de las personas cuidadoras en función de su género y de su parentesco con la persona cuidada, el cuidado familiar hacia los ascendientes por sus hijas y, en menor medida, por sus nueras, está convirtiéndose en una situación cada vez más habitual.

El perfil más común de la persona que cuida a un familiar ascendiente es, por tanto, el de una mujer, habitualmente hija de la persona dependiente, cuya edad se sitúa entre los 45 y los 64 años, habiéndose incrementado la proporción de este grupo de edad respecto a otros, incremento que ocurre especialmente en la década de los 90 (Agree & Glaser, 2009). Esto se

une al hecho de que cada vez más cuidadoras de personas mayores dependientes son a su vez personas mayores, fenómeno a tener en cuenta, por las implicaciones que conlleva. Por un lado, a medida que aumenta la edad, aumentan también las probabilidades de padecer alguna enfermedad crónica. Conforme la salud de las personas que proveen cuidados se torna más frágil, puede verse afectada su voluntad y su capacidad para asumir ciertas tareas. Sin embargo, los datos empíricos sugieren que solo el subgrupo de mayores más mayores (a partir de los 80 años de edad) ve reducida significativamente su probabilidad de asumir cuidados informales o de cuidar a personas con más de una enfermedad (Schmidt et al., 2016). Lo que sí parece constatado es que según aumenta la edad de la persona que provee cuidados, aumenta también el número de horas que dedica a dichas tareas (Family Caregiver Alliance, 2012). A esto se le une el hecho de que, en términos generales, las personas mayores cuidadoras cuentan con unas redes de apoyo social a las que poder recurrir (Chang, Brecht, & Carter, 2001).

La longevidad, más acusada en las mujeres, hace que haya mujeres, ya entradas en la vejez, que sean cuidadoras de sus padres y, sobre todo, de sus madres. Por ello el siguiente capítulo se va a dedicar al impacto de un fenómeno cada vez más frecuente, como es el caso de las abuelas que cuidan a sus nietos y/o nietas y que a su vez ejercen cuidados hacia sus ascendientes, objeto de estudio de esta tesis doctoral.

1.1.3.2. El cuidado de nietos y nietas.

A pesar de la carga de cuidado que suponen las personas mayores dependientes para sus hijos e hijas quienes, a su vez, están comenzando ya a entrar en la etapa de la vejez, no se puede olvidar que la mayor parte de las personas mayores gozan de buena salud y constituyen una fuente de ayuda y cuidados dentro de sus familias (Agree & Glaser, 2009). En ese sentido, los estudios intergeneracionales del cuidado revelan que la mayoría de las relaciones de ayuda se dan en sentido descendente, desde padres y/o madres hacia hijos y/o hijas y hacia nietos y/o nietas (Dukhovnov & Zagheni, 2015; Fingerman & Birditt, 2010), en un amplio abanico de

formas, como la ayuda económica, el apoyo instrumental o afectivo y destacando especialmente, el cuidado de nietos y/o nietas. Así, los abuelos y abuelas proveen todo tipo de cuidado a sus nietos y nietas cuando la generación de los padres y/o madres no pueden hacerlo, ya sea por motivos de trabajo, enfermedad o cualquier otro motivo (Hughes, Waite, LaPierre, & Luo, 2007; Suitor et al., 2011; Xu & Chi, 2018).

Convertirse en abuelo o abuela es una transición vital normativa. Es decir, es un suceso vital que le sucede a la mayoría de las personas al llegar a ciertas edades, por lo que es un momento evolutivo esperable que genera expectativas en los individuos y en la sociedad, a la vez que supone un cambio al que tanto el individuo como la familia tiene que adaptarse (Carter & McGoldrick, 1988). Sin embargo, a diferencia de otras transiciones vitales normativas como la emancipación, la convivencia en pareja o el nacimiento de hijos y/o hijas, en este caso las personas no tienen control directo sobre dicho cambio vital, ya que este no está sujeto a la propia voluntad, sino que depende de la generación intermedia, es decir, sus hijos e hijas adultas (Troll, 1985).

Por tanto, en nuestra sociedad, el convertirse en abuelo o abuela requiere un proceso de adaptación, un cambio en la propia identidad y en la definición de la persona (Pinazo, 1999). Al mismo tiempo, el ejercicio de rol de abuelo y abuela supone una fuente de estatus y reconocimiento social para la mayoría de las personas mayores en todas las sociedades (Kahana & Kahana, 1971). Desde la *teoría de la trascendencia* (Reese & Murray, 1996) el hecho de ser abuelo o abuela puede entenderse también como una oportunidad de lograr trascender más allá de la propia muerte, en la medida en que permite contribuir al futuro de los descendientes. Sin embargo, no existen normas y expectativas claras acerca de cómo debe comportarse un abuelo o una abuela, sus obligaciones y derechos no están bien definidos, lo que lo ha llevado a ser descrito como el *rol sin rol* (Burgess, 1960) o el *rol tenue* (Rosow, 1976).

Se trata, más bien, de un rol “camaleónico” que ha de adaptarse a las nuevas situaciones familiares y a las características peculiares de los nietos y las nietas; es decir, un rol diverso, heterogéneo y multidimensional. En un intento de conceptualizar las diferentes dimensiones implicadas en el rol de abuelo o abuela, Hurme (1991) propuso cuatro elementos principales:

1. Las actitudes y expectativas de los abuelos y las abuelas.
2. El significado simbólico de la abuelidad.
3. La satisfacción con la abuelidad.
4. Los comportamientos de los abuelos y las abuelas.

El significado simbólico de este rol vendría determinado, de una parte, por las necesidades de la sociedad, como puede ser las del apoyo a la maternidad y a la paternidad en la educación de los hijos e hijas; y, de otra parte, por las propias necesidades, como pueden ser las de compañía o afecto (Robertson, 1977).

A su vez, Kivnick (1982) desarrolló una clasificación que abarcaba cinco niveles de significados asociados con el rol de abuelo o abuela:

1. Centralidad: referida al grado en que la abuelidad tiene implicaciones para la propia individualidad e identidad.
2. Valores de las personas mayores: representa la transmisión de las tradiciones a las nuevas generaciones.
3. Inmortalidad a través del clan: referida al sentido de transcendencia derivado de la existencia de nietos y nietas.
4. Reinversión en el pasado: cuando los nietos y las nietas representan una oportunidad para que sus abuelos y abuelas revivan partes anteriores de sus vidas.
5. Indulgencia: referida a la forma en la que abuelos y abuelas asumen su rol familiar.

A pesar de la gran amplitud que caracteriza el rol de abuelo o abuela, sí se han detectado algunas expectativas relativamente universales conforme al mismo. Por ejemplo, abuelos y abuelas esperan poder tener un contacto frecuente con nietos y nietas, así como sentir satisfacción, valoración y reconocimiento como tales. Por otra parte, nietos y nietas suelen esperar que sus abuelos y abuelas le transmitan historias y tradiciones, les hagan regalos y los apoyen emocionalmente. En cambio, la generación de padres y madres esperan de abuelos y abuelas que los apoyen, sin interferir en sus pautas de educación y crianza (Thiele & Whelan, 2006). Esa expectativa de no interferencia suele ser seguida como norma por abuelos y abuelas que, por regla general, procuran no interferir en la crianza o disciplina de sus nietos y/o nietas sin el permiso de la generación intermedia (Thomas, 1990). Sin embargo, en ocasiones, especialmente cuando abuelos y abuelas participan activamente en el cuidado de nietos y/o nietas, la distinción entre implicación e interferencia se desdibuja y el cumplimiento de dicha norma la ambivalencia asociada se convierte en uno de los retos a resolver en la sociedad actual (Ramos, en revisión).

La satisfacción con el hecho de ser abuelo o abuela hace referencia a la esfera afectiva y está relacionada con la evaluación de las consecuencias en el ejercicio de este rol. Aunque la mayoría siente satisfacción y disfruta la relación con sus nietos y/o nietas, también existe un porcentaje de abuelos y abuelas que se muestran disconformes o indiferentes (Thiele & Whelan, 2006). Este porcentaje engloba situaciones en las que pueden predominar tanto sentimientos de decepción como de indiferencia, o una mezcla de emociones entre las que finalmente destacan las negativas por encima de las positivas. Una fuente relativamente frecuente de insatisfacción con este rol es la que se deriva de una excesiva carga de cuidados. En ese sentido, diversos estudios llevados a cabo en España alertan sobre el riesgo que supone la gran cantidad de horas que en este país los abuelos y, especialmente, las abuelas dedican al cuidado de nietos y nietas (e.g., Badenes & López, 2011; Mestre-Miquel, Guillen-Palomares,

& Caro-Blanco, 2012; Pérez-Caramés, 2014), hasta el punto de haberse popularizado el término “síndrome de la abuela esclava” para hacer referencia a esa situación de sobrecarga (Guijarro, 2001).

Si bien la ayuda de las generaciones mayores hacia sus descendientes adultos y/o adultas no constituye un fenómeno nuevo (Attias-Donfut, 2000; Eggebeen, 1992); sin embargo, en la actualidad, esa tendencia parece estar acentuándose, en parte debido a los recientes cambios demográficos, económicos, políticos y sociales (e.g., Fingerman, Miller, Birditt, & Zarit, 2009). De hecho, está constatado que la generalización del cuidado de nietos y nietas está directamente relacionada con la disponibilidad de alternativas de cuidado y apoyo a las familias que existe en cada país (Attias-Donfut & Wolff, 2005).

En España, donde las políticas de conciliación tienen un desarrollo escaso y tardío, con una de las menores ratios de guarderías per cápita de Europa (Caïs & Folguera, 2013), son muchas las dificultades para compatibilizar el trabajo fuera de casa con el cuidado de hijos e hijas. Esto ha favorecido el auge del cuidado de nietos y nietas, el cual, hasta hace no muchas décadas atrás, venía siendo asumido prácticamente de forma íntegra por las madres (Gomila, 2005). La escasa intervención estatal en materia de conciliación familiar provoca una intensa ayuda de la generación de las abuelas que asume tareas de sustitución de la maternidad tradicional que no han podido ser absorbidas aún por el Estado (Tobío, 2013). Si bien a lo largo de la historia los abuelos y las abuelas habían tenido un papel muy relevante en la transmisión de valores sociales, en las últimas décadas, su rol se está ampliando, ya que están asumiendo también importantes roles de crianza, educación y cuidado de sus nietos y nietas (Mestre-Miquel et al., 2012).

Un estudio longitudinal norteamericano sobre salud y jubilación llevado a cabo entre los años 1998 y 2008 con más de 13.000 abuelos y abuelas revela que más del 60% cuidó de sus nietos y nietas dentro de ese período de tiempo y, dentro de ese porcentaje, el 70% lo hizo

durante dos o más años (Luo et al., 2012). Por otra parte, estimaciones basadas en la encuesta *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE, 2004), realizada a 28.517 personas de más de 50 años en 11 países europeos, indican que el porcentaje de abuelos y abuelas que cuidan a sus nietos y/o nietas semanalmente o con más frecuencia se sitúa entre el 20% en Suecia y Dinamarca, alrededor del 35% en España y más del 40% en Italia y Grecia. La cantidad de tiempo dedicado al cuidado de nietos y nietas en Europa es mayor en las mujeres que en los hombres, y más intenso en los países del sur y este que en los del norte, pero la cantidad de personas implicadas en dichos cuidados es mayor en los países del norte que en los del sur (Hank & Buber, 2009; Van-Bavel & De-Winter, 2013). Así, los países del sur (y los del este) muestran una menor proporción de personas que cuidan de los miembros de su familia, pero aquellas personas que ejercen cuidados familiares lo hacen con una frecuencia e intensidad mucho mayor que en los países del norte (Železná, 2018). Italia, Grecia y España encabezan la lista de países en los que el cuidado de nietos y nietas se realiza de forma más intensiva, es decir, dedicando más horas a la semana. En estos tres países, al menos el 25% de los abuelos y/o abuelas cuidan diariamente a sus nietos y/o nietas (Aassve, Meroni, & Pronzato, 2012).

Aunque los hombres tienden a implicarse más en el cuidado de nietos y nietas que en cualquier otro tipo de cuidados, el grado de implicación de los abuelos depende con frecuencia del grado de implicación que tienen sus cónyuges, las abuelas (Gray, 2005). Ahora bien, en referencia al creciente número de abuelos que se están implicando en la relación con sus nietos y/o nietas, Davidson, Daly y Arber (2003) explican la existencia de una paradoja en ese nuevo rol que están asumiendo muchos abuelos varones. Por un lado, ellos parecen comenzar a exhibir una relación de crianza más tierna y solícita que la que tuvieron con sus propios hijos y/o hijas, pero, por otro lado, ellos todavía son vistos y se ven a ellos mismos con el rol de patriarcas juiciosos. Así, algunas investigaciones actuales advierten que los intercambios

intergeneracionales que realizan los abuelos varones con sus nietos y/o nietas pueden desafiar el sentido de uno mismo, su identidad y masculinidad (Tarrant, 2010).

En cualquier caso, tanto abuelos como abuelas tienden a cuidar más a sus nietos y/o nietas cuando la madre (su hija o nuera) tiene un trabajo remunerado (Gray, 2005; Hank & Kreyenfeld, 2003).

Paralelamente, otro factor importante que determina el cuidado de nietos y nietas es el hecho de que el abuelo o la abuela en cuestión no se encuentre en el mercado laboral (Hank & Buber, 2009). En ese sentido, Van-Bavel y De-Winter (2013) hallaron que convertirse en abuelo o abuela, y especialmente en abuela, acelera el momento de jubilación, convirtiéndose en una motivación para jubilarse anticipadamente, especialmente en aquellos países donde las políticas sociales con respecto a la infancia son escasas, lo que contribuye a considerar el cuidado de los niños y niñas un deber de las familias. En algunos países, como Bulgaria o Hungría, el rol de los abuelos y abuelas como cuidadores de sus nietos y nietas es incluso estimulado por el gobierno (Saraceno, 2011).

En España, la generación de abuelos y abuelas actuales han sido los primeros en recibir pensiones de jubilación como tales, lo que les ha permitido ayudar, en caso de necesidad, a su descendencia (Gomila, 2005). En los últimos años esto se ha unido a la crisis económica, cuyos efectos sobre el nivel de desempleo en algunos países como España han sido especialmente acusados (Caïs & Folguera, 2013), por lo que los abuelos y las abuelas han puesto en marcha mecanismos de solidaridad intergeneracional a través de ayuda económica, instrumental y emocional hacia las generaciones más jóvenes, entre las que destaca especialmente el cuidado diario de nietos y nietas (Herlofson & Hagestad, 2012).

Otros factores de tipo personal y familiar también se asocian a la asunción del cuidado de nietos y nietas. En concreto, la probabilidad de proveer cuidado a nietos y/o nietas aumenta cuanto más jóvenes son los abuelos o las abuelas, lo que en algunas investigaciones relacionan

con el hecho de que, en edades más avanzadas, estos abuelos y estas abuelas probablemente tengan menos disponibilidad de tiempo al encontrarse cuidando a sus padres y/o madres mayores o lidiando con sus propios problemas de salud (Luo et al., 2012). En referencia a la influencia del estado de salud de abuelos y abuelas, aunque tiende a encontrarse que la presencia de enfermedad disminuye la tendencia a ejercer cuidados (Hank & Bubber, 2008), en una investigación reciente se ha comprobado que la presencia de enfermedades no altera de forma significativa los factores asociados con la decisión de las personas mayores de proveer cuidados (Schmidt et al., 2016). Una explicación alternativa al sesgo de edad encontrado es que a medida que nietos y nietas crecen, y aumenta también la edad de sus abuelos y abuelas, sus necesidades de cuidado disminuyen. Luego la juventud de los abuelos y abuelas que ejercen cuidados hacia sus nietos y nietas puede estar más relacionada con las características evolutivas de los niños y niñas a cuidar que con las suyas propias.

Por otra parte, también aumenta la probabilidad de asumir cuidados conforme aumenta el número de nietos y/o nietas. Los cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas han tenido un doble impacto sobre esta relación familiar: por un lado, el retraso de la maternidad ha retrasado a su vez la edad en la que las personas se convierten en abuelos y abuelas, así como la reducción de la natalidad ha disminuido el número de nietos y nietas. Sin embargo, al mismo tiempo que se reduce la cantidad de nietos y nietas, el aumento de la esperanza de vida propicia que abuelos y abuelas tengan la oportunidad de relacionarse con sus nietos y nietas durante un mayor número de años (Gauthier, 2002).

Asimismo, la probabilidad de proveer cuidados aumenta en las situaciones familiares en las que hay una estrecha relación (en cuanto a cercanía física y contacto) entre las generaciones adultas, ya que padres y madres parecen funcionar como “porteros” entre la generación mayor y la generación más joven (Gonyea, 2013). En ese sentido, algunas investigaciones utilizan este argumento para explicar el hecho de que la vinculación sea en

muchos casos más estrecha con los abuelos y abuelas de linaje materno, quienes tienen una mayor tendencia a ejercer cuidados, especialmente, las abuelas maternas (Smith, 1988). De hecho, en España, alrededor de dos tercios de los hijos e hijas viven en zonas próximas a donde viven sus padres y madres, siendo la proporción aún mayor en el caso de las hijas (Landwerlin, 2006).

De manera análoga, en referencia al desempeño del rol de abuelo o abuela, Robertson (1975) propuso la *teoría de los padres y madres como elementos mediadores de las tres generaciones*, para hacer referencia al papel determinante que tiene la generación intermedia en la relación entre las otras dos generaciones y, especialmente, en la comunicación de sus expectativas con respecto al ejercicio del rol de abuelo o abuela. Desde esta teoría, la mediación que ejerce la generación intermedia se explica a través de ocho dimensiones:

1. Percepción de padres y/o madres sobre la importancia de la relación entre abuelos y/o abuelas y nietos y/o nietas.
2. Percepción de los padres y/o madres sobre los comportamientos apropiados de abuelos y/o abuelas.
3. Percepción de los padres y/o madres del iniciador del comportamiento de abuelos y/o abuelas.
4. Medios o formas de mediación parental.
5. Frecuencia de la mediación parental.
6. Actitud de padres y/o madres hacia la mediación.
7. Enfoque o temas de la mediación.
8. Equidad en la mediación entre abuelos maternos y paternos.

La relevancia de la generación intermedia en la relación entre abuelos y/o abuelas y nietos y/o nietas se puede observar también en un estudio de Doyle, O'Dwyer y Timonen (2010) realizado con familias donde la generación intermedia había pasado por un proceso de

separación/divorcio. Sus resultados muestran tras dicha ruptura una erosión de la confianza y la calidad de las relaciones entre abuelos y/o abuelas, por parte de padre, y sus nietos y/o nietas. Sin embargo, a pesar de los cambios, estas autoras también señalan en estos abuelos y/o estas abuelas una actitud de esfuerzo por apoyar y seguir participando en la vida de sus nietos y/o nietas. De hecho, en algunos de los casos estudiados por estas autoras, abuelos y/o abuelas persisten en su relación amistosa con la expareja de su hijo, a pesar del sentimiento de agravio del hijo por la pérdida de la tutela de sus hijos y/o hijas. De esta forma, la investigación sugiere que es posible que en ocasiones abuelos y abuelas por la rama del padre mantengan contacto con sus nietos y/o nietas, incluso cuando persiste el conflicto extremo entre los progenitores.

En este sentido, las personas mayores de la generación más joven parecen estar ya desarrollando determinadas habilidades, competencias y actitudes que les van a ayudar a ejercer su rol de abuelos y abuelas en la sociedad actual. Así, su mayor experiencia con situaciones de diversidad social y familiar, la disminución de las diferencias de género o su mayor nivel educativo, van a contribuir entre otras cosas a que hagan uso de las nuevas tecnologías y, por tanto, a mostrar mayor conectividad con sus nietos y/o nietas pese a los procesos de separación y divorcio que puedan ocurrir en la generación intermedia e independientemente de la distancia geográfica que pueda separar a ambas generaciones (Treas & Marcum, 2011).

1.2. Impacto del cuidado sobre las personas cuidadoras.

A lo largo de este apartado se resumirá la evidencia empírica encontrada hasta el momento sobre el impacto que tienen los cuidados informales sobre la persona cuidadora. Este impacto abarca las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, familiar y social, e implica consecuencias tanto positivas como negativas sobre su salud y bienestar.

1.2.1. Efectos del cuidado en la persona cuidadora.

1.2.1.1. Consecuencias negativas del cuidado en la persona cuidadora.

Desde la literatura gerontológica, en ocasiones se ha considerado al cuidador principal como la *víctima escondida* o el *paciente invisible* (Hamad et al., 2017). La *carga* o *sobrecarga de la persona cuidadora* (*caregiving burden*, en inglés), ha sido conceptualizada por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) como el estado resultante de las necesarias tareas de cuidado o restricciones derivadas de estas, que causan malestar a la persona cuidadora. La definición engloba tanto una carga objetiva, observable, concreta y tangible (por ejemplo, horas de cuidado), denominada también *costes del cuidado* (Maurin & Boid, 1990), como una carga subjetiva, conceptualizada como la experiencia subjetiva negativa (sentimientos y emociones) de la persona cuidadora (Chwalisz, 1996). Entre los componentes de la carga subjetiva destacan los sentimientos de ira, preocupación, culpabilidad, soledad o tristeza (Gonyea, 2013).

Los dos tipos de carga no siempre han sido distinguidos en la literatura científica, generando una aparente contradicción en los resultados de diferentes investigaciones (Bastawrous, 2013; Sales, 2003). Aunque ambos tipos de carga aparecen ante la situación de cuidado y son complementarios, la existencia y la intensidad de la carga subjetiva no tienen por qué guardar correspondencia ni proporcionalidad con la cantidad de la carga objetiva soportada. Es decir, estos dos tipos de cargas no comparten el mismo origen, se manifiestan de diferente forma y tienen diferentes implicaciones para la salud y el bienestar de las personas cuidadoras que las experimentan (Bastawrous, 2013; Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985). A su vez, dentro de la carga subjetiva pueden distinguirse tres dimensiones: el impacto del cuidado (valoración por parte de la persona cuidadora de los efectos que tiene en ella la provisión de cuidados), la carga interpersonal (percepción de la persona cuidadora acerca de su relación con la persona cuidada) y las expectativas de autoeficacia (creencia de la persona cuidadora acerca de su capacidad para cuidar y sus expectativas acerca de sus posibilidades

para mantener esa situación en el tiempo), por lo que se trata de un concepto multidimensional (Montorio, Izal, López, & Sánchez, 1998). En ese sentido, la carga subjetiva, en el contexto de los cuidados informales, ha mostrado tener un mejor valor predictivo, en relación con la salud de las mujeres cuidadoras que la carga objetiva (Martínez, López, & Flores, 2013; Sisk, 2000).

Con un significado muy parecido al término de carga o sobrecarga de la persona cuidadora, y a menudo empleado como sinónimo, se encuentra también la expresión *esfuerzo de la persona cuidadora* (*caregiver strain*, en inglés), que hace referencia a la excesiva tensión, tanto física como mental, requerida, y al cansancio resultante, que experimentan quienes proveen cuidados directos a personas con enfermedades crónicas (Hunt, 2003).

Los riesgos de una excesiva carga de cuidados sobre la salud y el bienestar de las personas cuidadoras han quedado claramente constatados por la literatura científica (e.g., Fortinsky et al., 2007). Por ejemplo, Morse, Shaffer, Williamson, Dooley y Schulz (2012) señalaron que las personas cuidadoras tenían un mayor número de síntomas somáticos, mayor índice de enfermedad y una mayor tendencia a presentar cambios en el ciclo de sueño. En un meta-análisis sobre los efectos del cuidado de personas con demencia sobre la salud física de las personas cuidadoras, Vitaliano, Zhang y Scanlan (2003) encontraron que estas manifestaban una peor salud general, un mayor número de quejas somáticas y mayores tasas de enfermedades crónicas que las personas no cuidadoras. En dicho estudio, se detectó que las personas cuidadoras tenían mayores niveles de hormonas de estrés, menos anticuerpos y un mayor riesgo de padecer enfermedades que las no cuidadoras.

Los estudios más alarmantes señalan incluso un mayor riesgo de mortalidad entre las personas cuidadoras (Perkins et al., 2012; Schulz & Beach, 1999). Sin embargo, este dato ha sido ampliamente rebatido e incluso algunos estudios más recientes apuntan a un menor riesgo de mortalidad en esta población (Caputo, Pavalko, & Hardy, 2016; Ramsay, Grundy, & O'Reilly, 2013).

Las consecuencias del cuidado se extienden también a la salud psicológica, ya que las personas cuidadoras reportan menos bienestar psicológico que las no cuidadoras. Una gran cantidad de personas cuidadoras experimenta una pérdida de control sobre sus vidas y la sensación de que las demandas de la vida cotidiana son abrumadoras, padeciendo mayores tasas de depresión clínica y de trastornos de ansiedad que las personas no cuidadoras (Fortinsky et al., 2007). Por ejemplo, en una revisión sistemática sobre la prevalencia de la ansiedad en personas cuidadoras de personas con demencia, Cooper, Balamurali, Selwood y Livingston (2007) encontraron que la ansiedad afecta clínicamente a alrededor de la cuarta parte de estas personas. En este sentido, las personas cuidadoras de personas con demencia muestran más síntomas depresivos que quienes cuidan de personas con otras patologías, y especialmente más que las personas no cuidadoras (Piercy et al., 2012).

Además de estos síntomas psicológicos, entre los que destacan los ansiosos y depresivos, las personas cuidadoras muestran una restricción en sus relaciones sociales, sus actividades de ocio y, con frecuencia, también una limitación en su participación en el mercado laboral (Van-den-Berg et al., 2014).

Asimismo, es importante el impacto que produce la asunción de cuidados en las relaciones familiares de la persona cuidadora. Por un lado, son frecuentes las quejas de otros familiares por sentirse abandonados. Por otro lado, con frecuencia los familiares de las personas cuidadoras se ven afectados por las emociones negativas (ira, culpabilidad, irritabilidad...) experimentadas por estas como consecuencia de la situación de cuidados (Freire & Ferradás, 2016). Estas tensiones y conflictos familiares pueden verse agravados por la percepción de la persona cuidadora de falta de apoyo y comprensión en su entorno familiar.

Además, el impacto negativo en la familia es mayor cuando las personas cuidadoras son mujeres que cuando son hombres, ya que el conflicto de rol que se produce es mayor en ellas (Casado-Mejía & Ruiz-Arias, 2016; Yee & Schultz, 2000). Las dificultades de

comunicación y negociación de los nuevos roles familiares pueden obstaculizar la capacidad que tiene la familia de servir de fuente de apoyo en situaciones de estrés, pudiendo afectar también a la intimidad de la pareja (Northouse, Katapodi, Song, Zhang, & Mood, 2010). En ese sentido, algunos estudios indican que hijos e hijas, cuando asumen los cuidados informales, son más propensos a manifestar más interferencias en la vida familiar y una mayor pérdida de intimidad que cuando el cuidado es ejercido por los cónyuges (Lin et al., 2012). Siguiendo el *modelo ABC-X de crisis familiar de Hill* (1949, 1958), que identifica a los estresores (A), los recursos (B) y el significado atribuido por la familia al estresor (C) como factores que contribuyen a la habilidad de la familia de adaptarse o de adentrarse en una crisis (X); el significado que la familia de la persona cuidadora otorga a la asunción de cuidados por parte de esta, jugaría un papel determinante a la hora de desencadenar conflictividad familiar.

Otro factor familiar que puede influir en las consecuencias negativas del cuidado es el aumento de la conflictividad con hermanos y hermanas que asumen un papel menos activo en el cuidado, siendo esto especialmente frecuente en el caso de mujeres cuidadoras con hermanos varones. Esto es especialmente relevante cuando las expectativas de que los cuidados hacia padres y/o madres sean compartidos de forma equitativa entre todos los hermanos y/o hermanas, no se traducen luego en un reparto igualitario de la carga de los cuidados (Lashewicz & Keating, 2009). Comúnmente, hermanos y hermanas pueden justificar su escasa participación en las tareas de cuidado por residir lejos de la persona a cuidar o por tener trabajos a tiempo completo, excusa que puede resultar más o menos aceptada por aquellas personas que sí asumen más tareas de cuidado en función, entre otras cosas, de la armonía familiar previa (Ingersoll-Dayton, Neal, Ha & Hammer, 2003). Por ello, además de por otras consideraciones, se ha señalado que la enfermedad y la dependencia impactan a la familia en su conjunto (Rolland, 2000).

Al mismo tiempo, otros estudios han señalado la *soledad de la persona cuidadora* entre las principales consecuencias negativas del cuidado. Según la red de cuidadores Carers UK (2015), 8 de cada 10 personas cuidadoras se sienten solas o socialmente aisladas como resultado de su situación de cuidados. Esta experiencia de soledad ha sido explicada por las restricciones que la situación de cuidados impone a las personas cuidadoras: falta de libertad para organizar su propio tiempo, reducción del espacio personal y disminución de las relaciones sociales; pero también por una insatisfacción con las interacciones sociales que sí tienen, derivada de sentimientos de incomprensión y de falta de reconocimiento y de valoración por las tareas que realizan (Vasileiou et al., 2017). Por ello, la soledad en las personas cuidadoras parece ser cualitativamente diferente de la soledad manifestada en la población general (Rokach, Matalon, Safarov, & Bercovitch, 2007). Además, este tipo de soledad ha sido vinculada a sentimientos de indefensión e impotencia, a una mayor presencia de trastornos psicológicos y ha sido identificada como un factor predictor de peor calidad de vida y depresión en las personas cuidadoras (Beeson, 2003; Chukwuorji, Amazue, & Ekeh, 2017; Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005).

Por tanto, teniendo en cuenta todo lo comentado hasta el momento, es fácil entender que las consecuencias negativas de cuidar a un familiar pueden desembocar, a largo plazo, en lo que se ha denominado como *síndrome del cuidador quemado o síndrome del cuidador (caregiver burnout)* o, como se conoce desde el ámbito de la enfermería, *cansancio en el rol del cuidador (compassion fatigue)* (Lara, Díaz, Herrera & Silveira, 2001; Lilly, Robinson, Holtzman & Bottorff, 2012). Este concepto hace referencia al agotamiento físico, mental y emocional a causa de cuidar a otra persona de forma mantenida en el tiempo (Pinquart & Sorensen, 2004). Muy relacionado con el concepto de carga o sobrecarga del cuidador, y a menudo empleado como sinónimo, el síndrome del cuidador quemado tiene unas connotaciones que lo distinguen de los anteriores. Por una parte, hay una mención explícita al

cansancio por la asunción prolongada de cuidados y, por otra parte, el síndrome se compone específicamente de las tres siguientes dimensiones (Truzzi et al., 2012):

- Agotamiento emocional, que supone una falta de energía y entusiasmo, a la vez que un vaciado de los recursos personales.
- Despersonalización, relacionada con el desarrollo de una actitud impersonal o cínica en relación con la persona cuidada.
- Reducción de la realización personal, relacionada con la tendencia a percibir las tareas de cuidado de forma negativa o como ineficientes.

Cuando las personas cuidadoras alcanzan ese nivel de cansancio, es cuando su salud y su calidad de vida pueden verse realmente comprometidas (Takai, Takahashi, Iwamitsu, Oishi, & Miyaoka, 2011). En ese punto, además, existe también un mayor riesgo de que se produzca la institucionalización de la persona cuidada (Brodaty, Green, & Koschera, 2003).

En España, la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores (IMSERSO, 2004) detectó que el 80% de las personas cuidadoras manifestaban dificultades para disfrutar de su tiempo libre y/o de su vida familiar, un 63% manifestaban dificultades de índole económica (por no poder tener un empleo, haber tenido que reducir la jornada o abandonar completamente el empleo para dedicarse a las tareas de cuidado), y cerca del 60% manifestaban problemas de salud.

Ahora bien, es importante advertir que los efectos del cuidado sobre la salud y el bienestar de la persona cuidadora son, por lo general, más acusados en la mujer (Navaie-Waliser et al., 2002; Pavalko, 2011; Yee & Schulz, 2000), por lo que las consecuencias del cuidado se generan con un doble sesgo de género. Este doble sesgo o desigualdad se explica por el hecho de que las mujeres no solo asumen con mucha mayor frecuencia el cuidado de sus familiares que los hombres (Navaie-Waliser et al., 2002), sino que además cuando lo hacen dedican más horas (Chappell & Penning, 2005), restringen más sus actividades de ocio y vida

social (Yee & Schulz, 2000), experimentan mayor estrés, ansiedad y síntomas depresivos (Revenson et al., 2016), muestran menos satisfacción vital (Yee & Schulz, 2000) y sufren mayores consecuencias económicas a corto y largo plazo (Navaie-Waliser et al., 2002).

El sesgo de género no es el único que existe en las consecuencias negativas del cuidado. Basándose en los datos aportados por la encuesta SHARE, las expertas Brenna y Di-Novi (2016) hallaron que existe un gradiente entre los países del norte y los del sur de Europa, de forma que la salud mental de las mujeres cuidadoras de padres o madres mayores, se ve más afectada por dicho cuidado cuánto más al sur de Europa se encuentre su país, quedando comprometida de manera significativa únicamente en los países del sur. De esta forma, los países con un modelo de políticas públicas de tipo mediterráneo, caracterizados por un menor gasto en cuidados de larga duración y una mayor presencia de cuidados informales, son también aquellos donde dichos cuidados tienen un mayor impacto sobre la salud de las personas cuidadoras. De manera inversa, las personas cuidadoras en los países del denominado modelo escandinavo, no muestran efectos negativos sobre su salud. Así, en otros estudios transculturales, el pertenecer a una etnia caucásica también ha sido identificado como un factor de riesgo a la hora de experimentar las consecuencias negativas del cuidado (Gonyea, 2013; Piercy et al., 2012).

La literatura científica ha encontrado, por tanto, ciertos factores de riesgo que estarían predisponiendo a las personas cuidadoras a padecer más consecuencias negativas por los cuidados. Entre las características de la persona cuidadora, además de las ya mencionadas, destaca también un bajo nivel de ingresos y/o de estudios (Chiao, Wu, & Hsiao, 2015). Por otra parte, algunas características asociadas a la persona cuidada, como la manifestación de trastornos de conducta u otros síntomas psicológicos, también han resultado ser un factor de riesgo para la salud de las personas cuidadoras (Chiao et al., 2015).

Ahora bien, hay que señalar que la mayoría de los estudios sobre personas cuidadoras se centran en colectivos que podrían denominarse de riesgo, por su elevada carga de estrés, como por ejemplo las personas cuidadoras de personas con demencia (Kenny, King, & Hall, 2014; Vitaliano et al., 2003) y/o cónyuges cuidadores (Chappell, Dujela, & Smith, 2015; Pinquart & Sörensen, 2011). Por ello, es probable que en la literatura general sobre el tema se hayan generalizado algunos efectos del cuidado que solo aparecen en poblaciones específicas de personas cuidadoras (Chiou, Chang, Chen, & Wang, 2009). Además, la mayoría de los estudios sobre personas cuidadoras están basados en muestras no probabilísticas y, a veces, carecen de un grupo control de comparación integrado por personas no cuidadoras (Gonyea, 2013).

Con relación a los descendientes, el cuidado de nietos y nietas ha sido tradicionalmente asociado con posibles riesgos para la salud física y mental de los abuelos y abuelas (Baker & Silverstein, 2008), especialmente para la salud de las abuelas (Grundy et al., 2012). Sin embargo, la mayoría de esos estudios se basan en muestras de abuelos y/o abuelas que están cuidando a tiempo completo a sus nietos y nietas, ya sea porque tienen su custodia o porque conviven varias generaciones en el mismo hogar (Grundy et al., 2012; Villalba, 2002). De hecho, un estudio longitudinal realizado con diferentes perfiles de abuelas distinguió tres situaciones de cuidado: abuelas que tenían la custodia de sus nietos y/o nietas, abuelas que convivían en hogares multigeneracionales y abuelas que no cuidaban de sus nietos o nietas; encontrando importantes diferencias entre estos grupos. Las abuelas que tenían la custodia de sus nietos y/o nietas manifestaban mayor estrés y tensión familiar, más síntomas depresivos, peor salud física y menos apoyo emocional, mientras que el grupo de abuelas no cuidadoras mostraba mejor salud física y psicológica (Musil et al., 2010).

Asimismo, controlando otros factores de riesgo, también se encuentran menores niveles de afectación. Por ejemplo, en otro estudio longitudinal, tras estudiar una muestra de cerca de

13.000 abuelos y abuelas, Hughes et al. (2007) concluyeron que, al controlar las características sociodemográficas y el nivel previo de salud, los bajos niveles de salud encontrados entre abuelos y abuelas que convivían con sus nietos y/o nietas se atenuaban.

1.2.1.1.1. El estudio especializado sobre el estrés del cuidador o la cuidadora informal.

Otra perspectiva desde la que se han abordado las consecuencias negativas del cuidado sobre la persona cuidadora ha sido a través del denominado *estrés del cuidador o cuidadora*, (*caregiver stress*, en inglés). Hay muchas definiciones al respecto, pero una de las más aceptadas es la que define el estrés de la persona cuidadora como la situación que esta persona experimenta cuando percibe que las demandas de los cuidados exceden los recursos materiales, personales y sociales que es capaz de movilizar (Lazarus & Folkman, 1984).

La respuesta de estrés produce la denominada reacción de ataque o huida, en la que, ante un peligro potencial, el organismo se prepara para una eventual lucha o, en su defecto, para la huida. Esta reacción se produce a tres niveles simultáneamente: fisiológico, psicológico y comportamental (Cannon, 1932). A nivel fisiológico, el estrés produce la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal. La activación del sistema nervioso simpático, que prepara al organismo para una respuesta rápida ante el estresor, provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea. Paralelamente, la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal produce la liberación sistemática de glucocorticoides, entre los que destaca el cortisol, que tiene efectos antiinflamatorios e inmunosupresores. A nivel psicológico, se produce una activación emocional y una serie de esfuerzos cognitivos, como la planificación, el distanciamiento o la reinterpretación, dirigidos a afrontar o a evitar el estresor. Paralelamente, la reacción comportamental puede incluir intentos de huir o evitar al evento estresor, o bien abordarlo directamente (Duval, González, & Rabia, 2010; Salomon, 2013). Dependiendo del modo en que la persona afronte la situación de estrés las consecuencias negativas de este tendrán mayor o menor impacto en la persona

cuidadora. En los siguientes apartados se detallarán las diferentes formas de afrontamiento del estrés.

Desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), el proceso de estrés se entiende como la dinámica de interacción entre estresores, las características individuales de la persona que se enfrenta a él, así como las evaluaciones que realiza sobre dichos estresores y sobre sus propios recursos para hacerles frente.

El estrés por los cuidados ha sido relacionado con el conflicto de rol que surge ante la necesidad de equilibrar los requerimientos del cuidado con el resto de roles de la persona cuidadora, como son el de cónyuge, padre/madre y/o trabajador/a. Así, el estrés surgiría ante la disminución o falta de tiempo percibida por la persona cuidadora para realizar actividades no relacionadas con el cuidado, entre las que se incluyen tanto las demandadas por los otros roles, como las de autocuidado y de tiempo personal (Lai, 2010). A este estrés a veces se le añade el estrés económico generado o acentuado ante la situación de cuidados, especialmente cuando esta supone un incremento en el gasto familiar (sanitario, farmacéutico, de material ortoprotésico, suplementos higiénicos-dietéticos...) y/o una disminución en los ingresos del hogar (Lai, 2010).

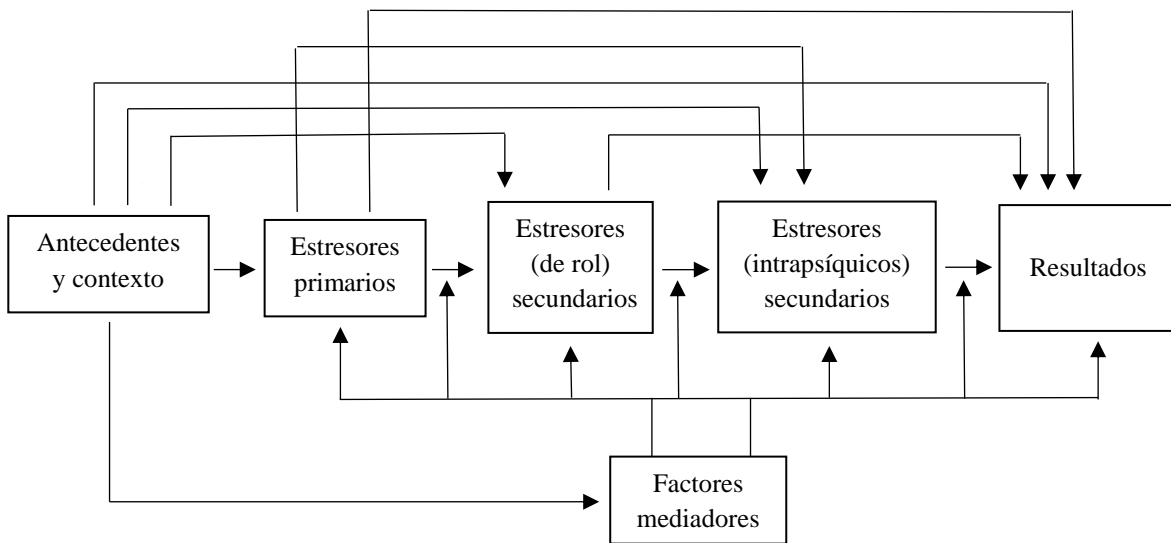
Desde este enfoque, se entiende la asunción de cuidados hacia un familiar como un estresor crónico para las personas cuidadoras (Vitaliano, Young, & Zhang, 2004; Zarit & Eggebeen, 2002), que puede implicar diversas consecuencias negativas para su salud física y psicológica (Pinquart & Sörensen, 2003). Además, el nivel de estrés percibido por las personas cuidadoras ha sido relacionado significativamente con su calidad de vida (Kim, Kashy, Spillers & Evans, 2010).

Los efectos del estrés sobre la salud han sido documentados ampliamente (Cohen, Hamrick & Rodríguez, 2002; George, 2005; Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Específicamente en el contexto de los cuidados informales, estudios como los de Vitaliano, Zhang y Scanlan

(2003) profundizan en los tres procesos antes expuestos y consideran que el estrés ejerce su influencia a través de dos mecanismos. El primer mecanismo de influencia, puramente biológico, estaría relacionado con el efecto del estrés crónico sobre el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, mediante la liberación prolongada de la hormona corticotropina (ACTH) y sobre el simpático adreno-medular, mediante la segregación continua de las hormonas epinefrina y norepinefrina, que causarían una sobreactivación del sistema y un desgaste del organismo. El segundo mecanismo de influencia, de corte comportamental, estaría en cambio relacionado con la falta de autocuidado (falta de sueño, ejercicio y/o alimentación inadecuados, etc).

Por su parte, Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) adaptaron el modelo de estrés transaccional de Lazarus y Folkman (1984) específicamente al contexto de las personas cuidadoras de personas con demencia tipo Alzheimer o algún otro tipo de demencia. Según este modelo, ampliamente asumido en el ámbito de las personas cuidadoras (Knight & Losada, 2011), entre los estresores inherentes a la situación de cuidados y la salud final que muestran las personas cuidadoras, se daría un proceso de interacción entre estresores primarios (los cuidados), secundarios (los estresores derivados de estos), factores contextuales y factores mediadores que convergen en la situación de cuidados (ver figura 3).

Figura 3. Modelo de estrés en cuidadores de Alzheimer (Pearlin et al., 1990).



Siguiendo la descripción del modelo, de izquierda a derecha según se muestra en la figura 3, entre los antecedentes y factores contextuales de la situación de cuidados se encontrarían variables que tienen que ver con características sociodemográficas de la persona cuidadora, la composición familiar o el parentesco con la persona cuidada.

Entre los estresores primarios, destacarían las características asociadas intrínsecamente al tipo de cuidados requeridos, como son el grado de dependencia, el estado cognitivo de la persona a cuidar y la existencia o no de problemas de conducta, así como el cansancio de la persona cuidadora y el grado de restricción en sus relaciones personales como consecuencia de la provisión de cuidados.

Entre los estresores secundarios, derivados de los primeros, destacarían por un lado los conflictos de rol, especialmente en el seno de la familia y, por el otro lado, el estrés intrapsíquico generado tras una asunción intensa y/o prolongada de cuidados.

Los conflictos de rol se evidenciarían en los conflictos y tensiones familiares originadas por desacuerdos en torno al tipo de cuidados requeridos o al grado de implicación de otros

miembros de la familia, tanto como por los requerimientos de otros roles intra y extra familiares de la persona cuidadora (cónyuge, madre, empleada...).

El estrés intrapsíquico hace referencia al daño que se produce en algunas situaciones de provisión prolongada de cuidados sobre el autoconcepto y la autoestima de las personas cuidadoras. Cuando este tipo de estrés tiene lugar, se defiende desde este modelo, será más probable que aparezcan síntomas depresivos, según se defiende desde este modelo.

Sobre los estresores (primarios y secundarios) asociados a la situación de cuidados y sobre la salud de la persona cuidadora estarían actuando también directa e indirectamente dos factores mediadores esenciales: el afrontamiento de dicho estrés y el apoyo social con el que cuenta la persona cuidadora.

En la línea de estos factores mediadores, cada vez más investigaciones coinciden en señalar la importancia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como variables clave en la explicación de las consecuencias del estrés de los cuidados sobre la salud de las personas cuidadoras (Kikuzawa, 2016; Losada et al., 2010). En apartados posteriores de la Introducción se abordarán con detalle estas variables mediadoras.

1.2.1.2. Efectos positivos del cuidado en la persona cuidadora.

Mucho se ha estudiado acerca de los efectos negativos del cuidado en la persona cuidadora, tal y como se ha expuesto en el anterior apartado. Sin embargo, aunque la mayoría de las personas cuidadoras manifiestan también efectos positivos derivados del cuidado, son menos los estudios que ponen el énfasis en los aspectos beneficiosos de esta actividad. En los últimos años, sin embargo, este enfoque positivo está recibiendo cada vez más atención (Hansen, Slagsvold, & Ingebreetsen, 2013; Roth, Fredman, & Haley, 2015).

Entre los efectos beneficiosos del cuidado destaca la satisfacción del cuidador o cuidadora, definida como la ganancia subjetiva percibida por los aspectos agradables del cuidado o por la afectividad positiva generada a través de este (Lawton, Moss, Kleban,

Glicksman, & Rovine, 1991). Por ejemplo, los sentimientos de satisfacción en las personas cuidadoras de enfermos de demencia particularmente se asocian con la calidad de la relación y con la sensación de estar haciendo un buen trabajo, manteniendo a la persona cuidada en buenas condiciones y con tanta calidad de vida como sea posible (Lloyd, Patterson, & Muers, 2016; Mackenzie & Greenwood, 2012). Específicamente entre los cuidadores de personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares, Mackenzie y Greenwood (2012) encontraron sentimientos de satisfacción asociados a un aumento en la autoestima de las personas cuidadoras. Curiosamente, la satisfacción en las personas cuidadoras ha sido asociada tanto con consecuencias positivas como con consecuencias negativas del cuidado, lo que sugiere que la satisfacción con los cuidados va a estar presente de manera concomitante con situaciones de estrés y sobrecarga (Hunt, 2003).

Otro efecto beneficioso del cuidado hallado en los estudios es el hecho de encontrar sentido al rol del cuidador dentro de la propia vida (Gonyea, 2013). Las personas cuidadoras que logran integrar las experiencias de cuidado en su narrativa vital, dándole significado y sentido a lo que les está ocurriendo, experimentan menos síntomas depresivos (Hunt, 2003).

Además, algunas investigaciones también señalan la existencia de diversas experiencias afectivas positivas derivadas de los cuidados, incluyendo una sensación de enriquecimiento de la propia vida, el sentirse una persona útil y valiosa o más unida a la persona cuidada y agradecida por el tiempo que pueden compartir (Hunt, 2003; Revenson et al., 2016). Cohen, Hamrick y Rodríguez (2002) hallaron que más del 70% de las personas cuidadoras manifestaban experiencias positivas del cuidado relacionadas con el compañerismo y con la sensación de que ser una persona cuidadora es algo gratificante.

De manera específica, el cuidado de nietos y nietas ha estado asociado a menores sentimientos de depresión y soledad entre las personas mayores. Algunos estudios sugieren que este tipo de cuidado aporta beneficios emocionales derivados de la satisfacción de ayudar a los

hijos y/o a las hijas y de la interacción con los nietos y las nietas, la cual supone una fuente de compañía y afecto (Tsai, Motamed, & Rougemont, 2013).

Por todo ello, el impacto del cuidado sobre la salud y el bienestar de las personas cuidadoras, se revela como un proceso complejo, que implica efectos tanto positivos como negativos (Van-den-Berg et al., 2014), y cuyo resultado se encuentra en función no solo de las características de la propia situación de cuidados, sino también de la interacción de diversos factores relacionados con la persona cuidadora, la persona a cuidar, su relación y el contexto familiar en el que estas se desarrollan (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990).

En los siguientes apartados se va a realizar una revisión de algunos de los factores más importantes que, no solo contribuyen a disminuir la probabilidad de que la situación de cuidado se convierta en un generador de consecuencias negativas, sino que también favorecen la aparición de efectos positivos sobre la persona cuidadora.

1.2.2. Recursos psicosociales de la persona cuidadora que minimizan los efectos negativos de la situación de cuidado.

1.2.2.1. El afrontamiento del estrés en las personas cuidadoras.

Lo comentado hasta el momento muestra como la situación del cuidado informal tiene importantes repercusiones negativas sobre la salud y el bienestar de las personas cuidadoras, pero también se ha mostrado como, en ocasiones, esta situación no tiene por qué suponer un detrimento, sino que en algunos casos puede incluso generar beneficios en la persona cuidadora. Este apartado se va a centrar específicamente en uno de los factores mediadores, en terminología del modelo teórico de Pearlin et al. (1990), indicado previamente, que van a ayudar a que la situación de cuidados no conlleve un detrimento en la salud y bienestar de las personas cuidadoras. En este sentido, desde la literatura científica ha aumentado exponencialmente el interés en las últimas décadas en los procesos de estrés y afrontamiento desarrollados por las personas cuidadoras (Knight & Losada, 2011).

Tal y como se expuso en páginas previas, el afrontamiento del estrés es conceptualizado por Lazarus y Folkman (1984) como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona realiza para manejar las demandas específicas, internas y/o externas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento se entiende, por tanto, como un proceso complejo en el que la evaluación del evento estresante se realiza en dos fases, una primaria y otra secundaria. En la fase primaria, la persona evalúa la situación, su importancia y su potencial efecto. Si el resultado de dicha evaluación se interpreta en términos de daño, amenaza y/o desafío, la situación pasaría a ser estresante para la persona, y se pondría en marcha la evaluación secundaria (Zohar & Brandt, 2002). En esta segunda evaluación, la persona calcula sus propios recursos, habilidades y disponibilidad para hacerle frente. En función del resultado de dichos procesos evaluativos se generan diferentes emociones. Una situación evaluada como amenazante tiende a generar emociones de miedo, ansiedad y preocupación. Las situaciones evaluadas como pérdida o daño, por su parte, suelen estar asociadas a emociones de ira, tristeza o culpa; mientras que las situaciones desafiantes suelen generar entusiasmo y excitación, junto con una ligera sensación de amenaza (Folkman, 2013).

Una vez valoradas tanto la situación estresante como los recursos para abordarla, la persona comienza a generar la respuesta específica de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984). Ahora bien, es importante diferenciar entre dos conceptos que en ocasiones se confunden, como son los recursos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Los *recursos de afrontamiento* son los medios materiales, personales, sociales y espirituales con los que cuenta la persona para poder hacer frente a los estresores (Fernández-Martínez, 2009; Folkman, 2013). Suponen, por tanto, una potencialidad que puede ser o no puesta en marcha ante una determinada situación y que puede, por tanto, amortiguar el estrés experimentado por el individuo, afectando a la interpretación que hace de los acontecimientos y/o a su respuesta ante estos (Lazarus & Folkman, 1984). En cambio, las *estrategias de afrontamiento* son

diferentes respuestas específicas en las que puede concretarse el afrontamiento de una persona y que van dirigidas bien a solucionar los problemas planteados, o bien a aliviar las emociones derivadas de estos. En este sentido, es conocida la clasificación propuesta por Carver (1997), en la que distingue un total de 14 estrategias de afrontamiento diferentes, como se definen a continuación:

- *Afrontamiento activo*: realizar acciones directas para eliminar o reducir el estresor.
- *Planificación*: pensar acerca de cómo afrontar el estresor, elaborar un plan.
- *Apoyo instrumental*: buscar ayuda o información de interés para afrontar el estresor.
- *Uso de apoyo emocional*: despertar empatía y comprensión en otras personas.
- *Autodistracción*: intentar no pensar en el estresor, concentrarse en otros asuntos.
- *Desahogo*: tomar conciencia del malestar emocional y tender a expresar o descargar los sentimientos negativos.
- *Desconexión conductual*: reducir o eliminar los esfuerzos de lidiar con el estresor, aunque suponga renunciar a otros objetivos.
- *Reinterpretación positiva*: buscar el lado favorable de la situación, intentando sacar lo positivo de la experiencia.
- *Negación*: negar la realidad del suceso o hecho estresante.
- *Aceptación*: aceptar lo que está sucediendo, aunque sea desagradable o doloroso.
- *Religión*: recurrir a la religión ante una situación de estrés.
- *Uso de sustancias*: tomar alcohol, medicinas u otras sustancias para sentirse mejor y ayudarse a tolerar el estresor.
- *Humor*: bromear sobre la situación estresante y reírse de la misma.
- *Autoinculpación*: criticarse y culparse por lo sucedido.

En función del tipo de situación estresante a la que las personas se enfrenten y de los recursos de que dispongan, determinadas estrategias de afrontamiento resultarán más o menos adecuadas (Folkman & Lazarus, 1985).

Pues bien, desde una concepción del afrontamiento del estrés como rasgo relativamente estable de personalidad, se defiende que las personas tienden a desarrollar un determinado estilo personal de afrontamiento, que emplean independientemente de cuál sea el tipo de estresor al que se enfrenten. Así, un estilo de afrontamiento puede ser definido como la respuesta usual y estable a un evento o situación, producto de un proceso cognitivo que incluye la evaluación de las demandas de la situación, la adaptabilidad y la posibilidad de respuestas disponibles, así como la reevaluación de la situación tras el comportamiento de la persona (Jackson & Bosma, 1990). Por tanto, ante una misma situación estresora, dos personas pueden actuar de forma muy diferente, en función de sus recursos, experiencias, motivaciones, preferencias, estrategias y estilos de afrontamiento.

En el estudio del afrontamiento del estrés se han empleado diferentes clasificaciones para agrupar las diferentes estrategias de afrontamiento dentro de un estilo u otro. Una de las clasificaciones más empleadas es la descrita por Lazarus y Folkman (1984), que categoriza las estrategias de afrontamiento en estrategias centradas en el problema, cuando van dirigidas a resolver los problemas planteados (afrontamiento activo, planificación y apoyo instrumental), y estrategias centradas en la emoción, cuando el objetivo es aliviar las emociones derivadas de estos, que incluiría, desde una interpretación amplia, al resto de estrategias propuestas por Carver (1997), comentadas previamente. Ambos tipos se corresponderían, respectivamente, con un estilo de afrontamiento centrado en el problema o con un estilo centrado en la emoción.

En el ámbito de los cuidados informales, tanto las estrategias centradas en solucionar el problema como las centradas en regular el estado emocional generado por este son ampliamente empleadas por las personas cuidadoras (Revenson et al., 2016). Si bien las

estrategias centradas en la emoción se han mostrado, tradicionalmente y con carácter general, menos adaptativas que las centradas en el problema (Austenfeld & Stanton, 2004), estudios más recientes ponen de manifiesto los beneficios del empleo de las estrategias centradas en la emoción en este colectivo, especialmente las estrategias de aceptación y el uso del apoyo emocional, seguidas de la reevaluación positiva y el humor (Alpert & Womble, 2015; Goldzweig, Merims, Ganon, Peretz, & Baider, 2012; McIlvane, Popa, Robinson, Houseweart, & Haley, 2008).

Atendiendo a otro tipo de clasificación, parece especialmente útil en este contexto la división de las estrategias de afrontamiento entre evitativas, que son aquellas que utiliza la persona para evitar o huir de la situación estresante, como sería la negación, el consumo de sustancias, la autodistracción o la autoinculpación; y estrategias aproximativas, que son aquellas que utiliza la persona bien para solucionar el problema, como sucedería en la planificación o el afrontamiento activo, o bien para regular la activación emocional generada por este, como sería el caso de la reevaluación positiva o la aceptación (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). En terminología de Carver (2013), esta clasificación de las estrategias de afrontamiento se correspondería, respectivamente, con un tipo de afrontamiento desentendido (en el caso del evitativo) y con un tipo comprometido (en el caso del aproximativo).

En general, el tipo de afrontamiento ha sido asociado de forma más clara con la salud psicológica que con la salud física (Carver, 2013). En concreto, el uso de estrategias de tipo evitativo ha estado consistentemente asociado con un aumento del estrés, así como con una mayor presencia de ansiedad y depresión en las personas cuidadoras (Folkman, 2013; Goldzweig et al., 2012).

1.2.2.2. La inteligencia emocional en las personas cuidadoras.

El concepto de inteligencia emocional fue propuesto por primera vez por Salovey y Mayer (1990) en un intento de unificar la investigación en torno a diversas habilidades relacionadas

con las emociones y su gestión. De esta forma, la inteligencia emocional fue definida como “un conjunto de habilidades que contribuyen a evaluar, expresar y regular de forma precisa las emociones propias y las de los demás, así como a usar sentimientos para motivar, planificar y alcanzar objetivos en la vida” (Salovey & Mayer, 1990, p. 185). La definición original incluye cuatro dimensiones, resumidas en un trabajo posterior (Mayer, Salovey, & Caruso, 1999) en: la habilidad para percibir las emociones (propias y ajenas), la habilidad para asimilar las emociones y regular el pensamiento generado por ellas, la habilidad de comprender las emociones y, por último, la habilidad de regular las propias emociones y las de los demás.

Pocos años después, Goleman (1995) popularizó el término con su libro “Inteligencia Emocional”, que llegó a ser un *best-seller*, con más de 5.000.000 de libros vendidos en todo el mundo. A través de su ensayo, logró captar la atención de científicos y de los lectores no iniciados con el revolucionario mensaje de que la inteligencia emocional podía ser un mejor predictor del éxito en la vida, tanto personal como profesional, que la inteligencia general o intelectual (Naik, 2012). Progresivamente, Goleman fue actualizando su posición hasta finalmente definir la inteligencia emocional como un conjunto de competencias susceptibles de ser aprendidas (Goleman, 1998), liderando una importante rama de investigación en torno al desarrollo de la inteligencia emocional en el contexto de la psicología organizacional.

El estudio de la inteligencia emocional no ha seguido, por tanto, una corriente unánime. Las investigaciones en torno a dicho constructo se han dividido en dos grandes concepciones, a menudo contrapuestas (Pérez-Pérez & Castejón-Costa, 2006). La primera, iniciada por Salovey y Mayer, parte de la idea de inteligencia emocional como habilidad, estrechamente vinculada con la capacidad de percibir y entender la información emocional. La segunda, iniciada por Goleman (1995, 1998) y continuada por Bar-On (2000, 2006), entiende que la inteligencia emocional es una mezcla de rasgos de personalidad y habilidades.

El *modelo de Bar-On de inteligencia emocional-social* (Bar-On, 2000, 2006), también ampliamente aceptado en el estudio de la inteligencia emocional (Van-Rooy & Viswesvaran, 2004), entiende la inteligencia emocional-social como un constructo transversal de habilidades y competencias emocionales y sociales interrelacionadas que determina cómo las personas se comprenden a sí mismas y se expresan, comprenden a otras personas y se relacionan con ellas afrontando las demandas del día a día. Ese modelo contempla 15 dominios, agrupados a su vez en 5 dimensiones, tal y como se detalla a continuación:

1. Dimensión intrapersonal: hace referencia a la capacidad de ser consciente de las propias emociones y saber expresarlas. Esta dimensión incluye los siguientes 5 dominios:
 - Autoconsideración: percibirse con precisión, comprenderse y aceptarse.
 - Autoconciencia emocional: ser consciente y comprender las emociones propias.
 - Asertividad: expresar de forma efectiva y constructiva las emociones propias.
 - Independencia: ser autosuficiente y libre de la dependencia emocional de otras personas.
 - Autoactualización: tratar de alcanzar metas personales y actualizar el propio potencial.
2. Dimensión interpersonal: hace referencia a la conciencia social y a las relaciones con otras personas. Esta dimensión incluye los siguientes 4 dominios:
 - Empatía: ser consciente y comprender cómo se sienten las otras personas.
 - Responsabilidad social: identificarse con el grupo social propio y cooperar con los demás.
 - Relaciones interpersonales: establecer relaciones mutuamente satisfactorias y relacionarse adecuadamente con los demás.

3. Manejo del estrés: hace referencia a la gestión y regulación emocional. Esta dimensión incluye los dominios:
 - Tolerancia al estrés: gestionar las emociones de forma efectiva y constructiva.
 - Control de los impulsos: controlar las emociones de forma efectiva y constructiva.
4. Adaptación: hace referencia a la gestión de los cambios. Esta dimensión incluye los 3 dominios siguientes:
 - Prueba de realidad: validar de forma objetiva los sentimientos propios en relación con la realidad externa.
 - Flexibilidad: adaptarse y ajustar los propios sentimientos y pensamientos a las nuevas situaciones.
 - Resolución de problemas: resolver problemas personales e interpersonales de manera efectiva.
5. Estado de ánimo general: hace referencia a la capacidad de automotivación. Esta dimensión incluye los siguientes dominios:
 - Optimismo: ser una persona positiva y ver el lado bueno de las cosas.
 - Felicidad: sentir satisfacción con la propia persona, con los demás y con la vida en general.

A pesar de la aparente controversia conceptual en torno a dicho término, en lo que coinciden la mayoría de los estudios de ambas corrientes es en la relevancia de la inteligencia emocional como factor predictor de éxito, salud y bienestar subjetivo, tal y como confirman diversos hallazgos.

Así, en un meta-análisis realizado por Martins, Ramalho y Morin (2010), basándose en una muestra de 19.815 participantes, encontraron que existía una relación positiva altamente significativa y de efecto moderado entre la inteligencia emocional y la salud. En otro estudio realizado con una muestra de 302 estudiantes universitarios, Ciarrochi, Deane y Anderson

(2002) encontraron que la inteligencia emocional funcionaba como moderador entre el estrés y la salud mental. A pesar de estos resultados tan claros en la población general, y al amplio desarrollo de la investigación de esta variable en el contexto académico y laboral, resulta llamativa la poca atención que ha recibido la inteligencia emocional en las investigaciones sobre cuidados informales, a pesar de desarrollarse estos casi exclusivamente en el contexto familiar, donde los vínculos afectivos y el manejo de las emociones juegan un papel tan relevante (Lynch, Lyons, & Cantillon, 2007). Los pocos estudios que han tenido en cuenta la inteligencia emocional de las personas cuidadoras, sin embargo, coinciden en señalarla como recurso clave para la gestión de las emociones asociadas a la situación de cuidados (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2014; Weaving, Orgeta, Orrell, & Petrides, 2014). En concreto, una mayor inteligencia emocional se ha relacionado con menos estrés percibido, así como menores niveles de ansiedad y depresión en personas cuidadoras (Lovell & Wetherell, 2016; Weaving et al., 2014).

1.2.2.3. La disposición al optimismo en las personas cuidadoras.

El término vulnerabilidad ha sido empleado para hacer referencia a las características de las personas cuidadoras que las hacen más susceptibles de padecer los efectos adversos del estrés (Vitaliano et al., 2003). Entre ellas se encontrarían factores como la edad, el sexo, la etnia o la historia familiar. La vulnerabilidad suele estar asociada con características innatas y/o difícilmente modificables, en contraposición con los recursos, de carácter más contextual e interactivo (Vitaliano et al., 2003). Sin embargo, dentro de algunos rasgos o características psicológicas estables, también se pueden encontrar recursos personales que han mostrado ser muy valiosos en el afrontamiento de las situaciones de cuidados (Trapp et al., 2015), como serían el estilo de afrontamiento y la inteligencia emocional, descritos en páginas previas, así como la disposición al optimismo que muestran las personas cuidadoras.

El optimismo puede ser definido como la tendencia a desarrollar una visión positiva sobre las situaciones, sobre el futuro y sobre los propios recursos para hacer frente a las dificultades (Daukantaite, 2014). Aunque tradicionalmente optimismo y pesimismo, que es la tendencia contraria, se han entendido como dos polos de una misma dimensión, otra corriente en la literatura defiende que se trata de dos dimensiones diferentes, ya que correlacionan de forma distinta con otras variables de personalidad (Chang, Maydeu-Olivares, & D’Zurilla, 1997; Pinquart & Duberstein, 2005).

De esta forma, las personas optimistas tienden a atribuir las causas de los eventos negativos a circunstancias externas e inestables, y a mostrar una tendencia general a dirigir sus esfuerzos hacia sus objetivos, en vez de abandonarlos ante las dificultades (Zagorski, 2013). La persistencia en la persecución de metas depende de la motivación, de tener un objetivo que importe lo suficiente como para intentar alcanzarlo, pero también depende de las expectativas. Solo cuando existe la confianza necesaria para creer que la meta puede ser conseguida, las personas emprenden y mantienen acciones dirigidas a su consecución (Carver & Scheier, 2009). Dado que las personas optimistas tienden a esperar que sus acciones les conduzcan a obtener resultados positivos, persisten más tiempo en ellas y consiguen más frecuentemente sus objetivos que aquellas personas que tienden a pensar que sus esfuerzos no se verán recompensados (Carver, 2014). El optimismo ha sido relacionado, por tanto, con una mejor gestión emocional de la adversidad y con mejores niveles de salud física (Carver & Scheier, 2014).

El optimismo ha mostrado ser un importante factor protector en diversos contextos (Daukantaite, 2014) y, específicamente, en el ámbito de los cuidados informales familiares (Trapp et al., 2015). En un reciente estudio sobre resiliencia familiar llevado a cabo con familias cuidadoras de pacientes con demencia, se encontró que la mayoría de estas familias empleaban una actitud positiva como forma de ayudarlas a afrontar la situación de cuidados (Deist &

Greef, 2017). La actitud positiva fue definida por las mismas familias como una tendencia a promocionar pensamientos positivos que las ayudaban a encontrar una salida ante las dificultades o, en su defecto, a crearla, no dejándose arrastrar por preocupaciones sobre el futuro y manteniendo el sentido del humor.

1.2.2.4. El apoyo social como factor protector del estrés en las personas cuidadoras.

Uno de los factores psicosociales más estudiados en todos los contextos ha sido el apoyo social, quedando constatado que es un protector de salud y predictor de enfermedad de primer orden (Cockerham, 2002; Ruiz, Prather, & Kauffman, 2013).

El apoyo social es un concepto multidimensional para cuya definición no existe un consenso claro. En algunas definiciones se concreta como la asistencia y la protección dada hacia un individuo por parte de otros (Shumaker & Brownell, 1984) o como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales e íntimos, que cumplen una función emocional, material, y/o informacional (Lin, Dean & Ensel, 1986). En cambio también hay definiciones de apoyo social que la conceptualizan como la información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas (Coob, 1976). En la discrepancia encontrada entre ambos tipos de definiciones se distinguen las distintas dimensiones que engloban el apoyo social.

En primer lugar, habría que diferenciar entre el componente estructural y el funcional del apoyo social. Por un lado, el componente estructural hace referencia al número de personas que conforman la red de apoyo social y al grado de integración de la persona en la misma. Por otro lado, el apoyo social tiene un componente funcional, referido a los procesos de apoyo que se desarrollan dentro de las redes sociales (Ruiz, Prather, & Kauffman, 2013). Como es de suponer, entre ambos componentes suele existir una clara importante correlación (Carpentier & Bernard, 2011).

Con relación a las personas que ejercen cuidados en el entorno familiar, se encuentra que la estructura de su red social suele estar compuesta mayoritariamente por mujeres y/o por personas pertenecientes a su familia cercana (Koehly, Ashida, Schafer & Ludden, 2014). Carpentier y Ducharme (2007) encontraron que las personas cuidadoras tienden a ampliar la estructura de su red social con aquellas personas conocidas que tienen alguna experiencia relativa a la situación de cuidados, sin incluir en ella a los profesionales sociosanitarios. Respecto al componente funcional, en las personas cuidadoras puede observarse cierta tendencia a subestimar el apoyo ofrecido por los profesionales, recurriendo, en caso de necesitar consejo, preferentemente a las fuentes de información presentes en su red informal y pasando por alto las formales, ya que cuando las personas cuidadoras disponen de personas cercanas con quienes hablar, aprecian su receptividad, su conocimiento basado en la experiencia y su familiaridad con su historia personal (Carpentier & Ducharme, 2007).

En segundo lugar, otra dimensión del apoyo social es su direccionalidad, ya que el apoyo social muestra un funcionamiento en ambas direcciones, pudiendo distinguirse entre apoyo social recibido y apoyo social proporcionado. En este sentido, las personas que asumen la provisión de cuidados familiares reciben apoyo social de su entorno, a la vez que constituyen una importante fuente de apoyo social para las personas a las que cuidan. Sin embargo, aunque muchas de las tareas que realizan las personas en la provisión de cuidados pueden ser entendidas como diferentes tipos de apoyo social, los cuidados informales tienen una serie de características que los distinguen del apoyo social. Por regla general, la atención brindada va más allá de lo habitual en una relación de apoyo, prolongándose en el tiempo de forma regular; suele tener un carácter más unidireccional, en comparación con la bidireccional característica del apoyo social; y, aunque suele acompañarse de importantes sentimientos de afecto y cariño, a menudo nace por necesidad o por un fuerte sentimiento de responsabilidad (Revenson et al., 2016).

En tercer lugar, el apoyo social puede ser formal, proporcionado por profesionales, o informal, proporcionado por familiares y/o amigos y/o amigas. Un descubrimiento curioso en las personas cuidadoras es que cuando estas personas reciben a su vez apoyo formal a menudo la situación se asocia a una mayor sobrecarga, mientras que la presencia de apoyo informal se asocia a una sobrecarga menor (Kikuzawa, 2016; Chiou et al., 2009). Este hecho ha sido explicado interpretando que la falta de apoyo social informal en las personas cuidadoras lleva tanto a una sobrecarga como a la búsqueda de apoyo formal (Chiou et al., 2009).

En cuarto lugar, la mayoría de las investigaciones sobre el apoyo social en las personas cuidadoras hacen referencia a la distinción entre los tres siguientes tipos de apoyo: instrumental, emocional e informativo (Chang et al., 2001; Chang, Chiou & Chen, 2010). El apoyo social de tipo instrumental es una ayuda tangible, orientada a la realización de tareas o actividades. En algunas clasificaciones se incluye también la ayuda económica dentro de este tipo de apoyo. El apoyo social de tipo emocional es una ayuda de tipo afectivo, basada en los componentes de confianza, compañía, afecto e intimidad que se generan en las interacciones sociales positivas. Por último, el apoyo social de tipo informativo o de información hace referencia a la ayuda que se brinda en forma de información, guía y/o consejo.

Aunque los tres tipos de apoyo aparecen asociados a menor estrés y mejor salud en personas cuidadoras (Kikuzawa, 2016), el apoyo emocional parece tener un mayor impacto en su bienestar. El apoyo social emocional parece ofrecer a las personas cuidadoras la oportunidad de liberar su estrés emocional, sentirse reconocidas y mantener relaciones sociales positivas fuera del contexto de los cuidados, lo que de forma combinada contribuye a aumentar los sentimientos de satisfacción con respecto a su rol de cuidadoras (Silverberg-Koerner, Baete-Kenyon, & Shirai, 2009). Por otra parte, en algunas investigaciones se ha puesto de manifiesto que cuando el apoyo instrumental no se acompaña de apoyo emocional, el efecto del apoyo instrumental sobre el bienestar tanto de la persona que lo ofrece como de la persona que lo

recibe, tiende a ser mucho menor que cuando ocurren los dos tipos de apoyo simultáneamente o cuando ocurre solo el apoyo emocional (Morelli, Lee, Arnn, & Zaki, 2015).

Por último, otra distinción relevante que habría que realizar en el apoyo social de una persona es la que diferencia entre el apoyo social percibido y el recibido. El apoyo social percibido se corresponde con la percepción de la disponibilidad de dicho apoyo, mientras que el apoyo social recibido, es la ayuda que realmente acepta y emplea la persona en una determinada situación (Ergh, Rapport, Coleman, & Hanks, 2002). Aunque ambos tipos de apoyo social tienen un efecto positivo en la reducción de la sobrecarga de las personas cuidadoras, el apoyo social percibido ha demostrado tener un impacto mayor y más duradero sobre su salud y bienestar psicológico (Chiou et al., 2009; Ownsworth, Henderson, & Chambers, 2010). En ese sentido, el apoyo social percibido ha sido hallado en múltiples ocasiones en la literatura científica como un factor protector de la salud de las personas cuidadoras, reduciendo tanto la sobrecarga objetiva como la subjetiva (Kim et al., 2010; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012; Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014).

Esta última distinción se encuentra relacionada con los dos mecanismos de protección del apoyo social explicado ya por Cohen y Wills (1985). Según estos autores, el efecto beneficioso del apoyo social sobre el bienestar actúa a través de dos mecanismos: uno directo, que opera mejorando el bienestar de la persona cuando esta se integra en una red social amplia, y otro amortiguador, que actúa únicamente ante la presencia de eventos estresantes, al mejorar la percepción de los recursos con los que cuenta la persona para hacerles frente.

A nivel fisiológico, Miyazaki et al. (2003) encontraron una relación directa entre el apoyo social percibido y el número de células NK (por su abreviatura del término inglés natural killers) del sistema inmunitario. A nivel psicológico, Brand, Barry y Gallagher (2016) encontraron que este tipo de apoyo mediaba la asociación entre la búsqueda de beneficios por el cuidado, un proceso activo de construcción de significado, y la calidad de vida. Sin embargo,

al tomar en consideración el número de horas de cuidado informal, se verifica que cuando las personas cuidadoras dedican un elevado número de horas al cuidado el papel que cumple el apoyo social percibido en su salud psíquica se ve reducido (Masanet & La-Parra, 2011). Estos resultados parecen tener que ver con la menor oportunidad de estas personas de compartir tiempo con otras personas, potencialmente generadoras de apoyo.

En estas situaciones de cuidados que requieren una gran cantidad de tiempo, el papel de los familiares se convierte en un apoyo clave. Por ejemplo, las visitas de familiares al hogar se relacionan con una menor sobrecarga en las personas cuidadoras (Parks & Novielli, 2000). Ahora bien, no hay que olvidar el aumento de conflictos familiares en las situaciones relacionadas con el cuidado informal dentro del contexto familiar. Por una parte, con relación al cuidado hacia ascendientes, con frecuencia se ven afectadas las relaciones entre hermanas y hermanos debido a la habitual descompensación en la dedicación a las tareas de cuidado (Suitor & Pillemer, 1993). Por otra parte, en relación con el cuidado hacia nietos y nietas, a pesar de que se trata de una situación que fomenta la unión familiar, sin embargo, es habitual que no haya coincidencia en los hábitos y estilos educativos de padres y madres, por un lado, y abuelos y abuelas, por otro, por lo que este tipo de cuidados tampoco están exentos de conflictos (Arber & Timonen, 2012). Por ello, algunas investigaciones sugieren que la ausencia de apoyo social puede deberse a la presencia de conflictos familiares, factor también muy influyente sobre la salud de las personas cuidadoras (Garcés, Carretero, Ródenas, & Sanjosé, 2009).

A pesar de que las investigaciones actuales muestran que las consecuencias del cuidado sobre la salud son importantes en las mujeres pertenecientes a la generación sándwich (Abramson, 2015; Do et al., 2014; Yee & Schulz, 2000), en cambio, son pocos los estudios que ponen el foco en el bienestar de este colectivo. Asimismo, entre los estudios existentes con esta población, poco se sabe acerca de los factores que modulan los efectos que produce el estrés generado por la asunción de doble cuidado sobre el ajuste final de estas mujeres. Hasta donde

sabemos, aún no se ha estudiado en las mujeres de la generación sándwich el modo en que sus estrategias de afrontamiento se relacionan con su inteligencia emocional o con su nivel de optimismo; o cómo estos factores, unidos al apoyo social o a la existencia de conflictos familiares, influyen sobre su salud física y psicológica.

Partiendo del modelo de afrontamiento y estrés en personas cuidadoras propuesto por Pearlin et al. (1990), el presente trabajo se centra en las abuelas de la generación sándwich y avanza en el estudio de este fenómeno, incluyendo el papel mediador que parecen ejercer el apoyo social y las diferentes estrategias de afrontamiento, e incorporando la posible influencia de aquellos factores que en estudios previos han mostrado tener cierto efecto protector sobre la salud de las personas cuidadoras. En concreto, añade el impacto que puede tener sobre su salud la inteligencia emocional y el optimismo manifestado por estas mujeres, así como la asunción del cuidado de nietos y/o nietas de manera frecuente.

1.3. Objetivos de investigación.

A continuación, se detallan los cinco objetivos generales del presente estudio.

Como primer objetivo general, este trabajo se propone analizar la relación entre la carga de cuidados que están asumiendo las abuelas que, a su vez, son todavía hijas o nueras de una generación anterior y su nivel de ajuste biopsicosocial, a través del estrés y diferentes áreas de salud (salud global autopercebida, salud física, salud psicológica y bienestar subjetivo).

El segundo objetivo general se centra en conocer la relación existente entre las estrategias de afrontamiento ante el estrés empleadas por estas mujeres y su nivel de ajuste biopsicosocial.

El tercer objetivo general trata de conocer la relación existente entre la inteligencia emocional de estas mujeres, a través de sus dominios de flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos; y su nivel de ajuste biopsicosocial.

El cuarto objetivo general consiste en analizar la relación entre la tendencia al optimismo de las mujeres estudiadas y su nivel de ajuste biopsicosocial.

Por último, el quinto objetivo general de este trabajo es conocer cómo influyen de manera conjunta la carga de cuidados asumidos, las estrategias de afrontamiento, la inteligencia emocional y el nivel de optimismo de las mujeres estudiadas, junto con otras variables personales, familiares y sociales, sobre su ajuste biopsicosocial.

Al hilo de estos objetivos generales, este trabajo se divide en cinco estudios, como se muestra en el capítulo de Resultados. En cada uno de estos estudios se detallarán los objetivos específicos correspondientes a cada objetivo general descrito más arriba.

Capítulo 2.

Metodología de la investigación.

En este capítulo se presenta la metodología general seguida en esta tesis doctoral. Se describe, por tanto, el diseño global del estudio, las características de la muestra, las variables analizadas, los instrumentos empleados para su medición, así como el procedimiento de investigación y los análisis de datos llevados a cabo. Para facilitar una visión completa de los datos analizados se incluye también una tabla resumen con todas las variables estudiadas (tabla 1) y una segunda tabla que resume los respectivos instrumentos de evaluación (tabla 2). Posteriormente, en el capítulo de Resultados, en el apartado correspondiente a cada estudio, se especificarán las variables e instrumentos empleados y se indicarán las estrategias de análisis de datos utilizadas para responder a cada uno de los objetivos planteados.

2.1. Diseño de la investigación.

Se realizó un estudio transversal descriptivo, basado en una metodología de entrevista estructurada. Debido a la especificidad de la población objeto de estudio, la selección de sujetos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico, por accesibilidad.

Respecto al ámbito geográfico, el estudio se llevó a cabo en el suroeste de España. Concretamente, la muestra pertenecía a las provincias de Badajoz, Cádiz, Córdoba, Málaga y Sevilla.

Respecto a la temporalización de la recogida de datos, las entrevistas se llevaron a cabo entre el 25 de septiembre de 2014 y el 11 de marzo de 2016.

2.2. Descripción de la muestra de la investigación.

La muestra está compuesta por un total de 149 mujeres residentes en el suroeste de España, como se ha descrito en el anterior apartado, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: por una parte, ser abuela y, por otra, tener algún ascendente directo vivo (padre, madre, suegro y/o suegra).

En cuanto a los criterios de exclusión, no se incluyeron en el estudio a mujeres que padecieran alguna patología mental grave y/o que le impidiera comprender la entrevista, que no hablaran correctamente el idioma o que no firmaran el pertinente consentimiento informado.

Las abuelas de la generación sándwich estudiadas presentan una media de edad cercana a los 60 años ($x = 57,91$, $\sigma = 5,85$) y la mayor parte de ellas reside en entornos urbanos (70%).

Con respecto a su nivel de estudios, la muestra se encuentra relativamente polarizada, ya que cerca de la mitad solo tiene estudios básicos o primarios (42,3%), aunque también hay un importante grupo, aunque menos numeroso (20,8%), que tiene estudios universitarios. El resto se reparte de manera más distribuida entre aquellas mujeres sin estudios (12,8%), las que

han estudiado alguna formación profesional o equivalente (12,8%) y las que tienen estudios de bachillerato o equivalente (10,7%).

En cuanto a la composición de sus familias, las mujeres estudiadas tienen de media cerca de 3 hijos y/o hijas ($x = 2,61$, $\sigma = ,89$), 2 nietos y/o nietas ($x = 2,29$, $\sigma = 1,56$) y 3 hermanos y/o hermanas ($x = 3,01$, $\sigma = 2,11$). Aunque alguna de estas mujeres solo tiene en la actualidad como único ascendiente directo a su suegro o suegra, esa situación es minoritaria (12,8%). La mayoría de ellas tiene al menos a uno de sus progenitores aún con vida, ya sea a su padre (33,6%) y/o, más frecuentemente, a su madre (73,2%).

La mayor parte de las abuelas de la generación sándwich (79,9%) tiene una pareja con la que convive, y algo más de la mitad (51,3%) convive también con al menos un familiar descendiente (hijo, hija, nieto y/o nieta). El porcentaje de ellas que convive con algún familiar ascendiente es mucho menor (17,3%).

Con respecto a su situación laboral, la mayoría indica que es ama de casa, jubilada o se encuentra en paro (71,3%). El porcentaje de mujeres que tiene trabajo remunerado es inferior a la tercera parte de ellas (28,7%).

En relación con su situación económica, más de la mitad de las abuelas de la generación sándwich estudiadas manifiesta tener dificultades económicas en su hogar para llegar a final de mes (52%).

2.3. Variables e instrumentos de evaluación.

Para la medición de las diferentes variables incluidas en el estudio, se ha empleado un cuestionario específicamente diseñado a tal efecto, compuesto en su mayor parte por instrumentos o escalas y subescalas validadas por otras investigaciones. Las variables analizadas se resumen en la tabla 1, sus respectivos instrumentos se resumen en la tabla 2 y ambas se detallan en los siguientes párrafos. El cuestionario completo puede consultarse en el Apéndice A.

Tabla 1. Resumen de las variables analizadas.

Categorías		Variables
Características sociodemográficas		Edad, convivir o no con una pareja, número de hijos/hijas, nietos/nietas y hermanos/hermanas, convivencia con familiares ascendientes y/o descendientes, tipo de hábitat, nivel de estudios, situación laboral, descripción situación económica.
Ayuda y cuidados familiares	Tipo de ayuda	Económica, instrumental y/o afectiva.
	Frecuencia	Frecuencia de la ayuda ofrecida a cada familiar directo en el último mes o en el último año.
	Duración	Duración en años de la ayuda instrumental.
	Intensidad de cada tipo de ayuda	Frecuencia y en el caso de la ayuda instrumental duración de la ayuda prestada.
	Parentesco	Relación de parentesco con la persona ayudada.
	Carga de cuidados	Ayuda instrumental y/o afectiva frecuente hacia ascendientes o descendientes de segundo grado.
	Percepción de incidencias negativas	Percepción de incidencias negativas sobre su vida derivadas de la ayuda instrumental prestada.
Recursos psicológicos		Estrategias de afrontamiento. Inteligencia emocional. Optimismo disposicional.
Relaciones Sociales	Apoyo social	Apoyo social percibido.
	Conflictos familiares	Existencia de relación familiar conflictiva.
Ajuste biopsicosocial	Estrés	Estrés percibido.
	Salud global autopercebida	Satisfacción con la salud.
		Autovaloración de la salud.
	Salud física	Salud física.
	Salud psicológica	Salud psicológica general.
		Ansiedad.
		Depresión.
	Indicadores de bienestar subjetivo	Calidad de vida global. Satisfacción vital. Felicidad.
	Indicadores adicionales de salud	Cardiopatías, enfermedades psiquiátricas, consumo de hipnóticos y tranquilizantes.

Tabla 2. Instrumentos de evaluación.

Variables			Instrumento evaluación
Características sociodemográficas			Adaptaciones preguntas CIS
Ayuda y cuidados familiares			Preguntas elaboradas “ad hoc”
Recursos psicológicos	Estrategias de afrontamiento		Cuestionario COPE-28
	Inteligencia emocional		Inventario de Cociente Emocional (<i>EQ-i</i>)
	Optimismo disposicional		Escala Orientación Vital LOT-R (adaptación)
Relaciones sociales	Apoyo social percibido		Cuestionario Duke-UNC
	Existencia de relación familiar conflictiva		Adaptación pregunta CIS
Ajuste biopsicosocial	Estrés percibido		Escala Estrés Percibido PSS-4
	Salud autopercebida	Satisfacción con la salud	WHOQOL-BREF. Subescala estado general de salud
		Autovaloración de la salud	Pregunta elaborada “ad hoc”
	Salud física		WHOQOL-BREF. Subescala salud física
	Salud psicológica	Salud psicológica general	WHOQOL-BREF. Subescala salud psicológica
		Ansiedad	Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg
		Depresión	
	Indicadores bienestar subjetivo	Calidad de vida global	WHOQOL-BREF. Subescala calidad de vida
		Satisfacción vital	Escala de satisfacción vital de Diener
		Felicidad	Escalera de la vida Gallup (adaptación)
Indicadores adicionales de salud		Adaptaciones preguntas CIS	

2.3.1. Variables sociodemográficas.

- ***Edad***

Se refiere a la edad, en años, de la persona entrevistada. Esta variable ha sido considerada para describir esa característica sociodemográfica de la muestra estudiada. Además, su influencia se ha analizado de manera específica en el estudio 5.

- ***Pareja***

Esta variable se ha unificado en dos únicas categorías, en función de si las mujeres conviven con una pareja o no, independientemente de si su estado civil es soltera, separada, divorciada, casada o viuda. Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada. Asimismo, su influencia se ha analizado de manera específica en el estudio 5.

- ***Número de hijos/hijas, nietos/nietas, hermanos/hermanas y ascendientes directos***

Se ha cuantificado el número de familiares directos que componen la estructura familiar, tanto ascendientes como descendientes. También se ha tenido en cuenta el número de hermanos y/o hermanas. Esta variable ha sido considerada para describir esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada.

- ***Convivencia con ascendientes y/o descendientes***

Se ha registrado si existe convivencia con al menos un familiar descendiente directo (hijo, hija, nieto y/o nieta), así como con algún familiar ascendente directo (padre, madre, suegro y/o suegra). Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada, siendo especialmente relevante en los estudios 1 y 5, donde se analiza de forma diferencial el cuidado de ascendientes y/o descendientes.

- ***Hábitat***

Se ha distinguido si la participante reside en un entorno *rural* o *urbano*. Se han tomado como entornos rurales aquellos municipios con menos de 10.000 habitantes o entre 10.000 y 25.000

habitantes si su densidad de población es inferior a 100 habitantes por kilómetro cuadrado y/o que distan más de 15 kilómetros de una gran capital. Como entornos urbanos, por tanto, se han tomado capitales de provincias y aquellos municipios con más de 25.000 habitantes, o entre 10.000 y 25.000 habitantes, con una densidad de población superior a 100 habitantes por kilómetro cuadrado y/o que distan menos de 15 kilómetros de una gran capital. Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada. Asimismo, su influencia ha sido analizada de manera específica en el estudio 5.

▪ ***Nivel de estudios***

El nivel de estudios se ha dividido en cinco categorías diferentes, desde el nivel más bajo, *sin estudios*, hasta el más alto, *estudios universitarios*, contemplando las opciones intermedias *estudios primarios*, *estudios de formación profesional o equivalente* y *estudios de bachillerato o equivalente*. Para establecer el nivel de estudios de cada participante se ha tenido en cuenta los estudios cursados más elevados. Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada.

Además, con objeto de poder establecer comparaciones de manera más clara, esta variable se ha dicotomizado entre nivel *bajo*, cuando las mujeres no tienen estudios o solo tienen estudios primarios, y nivel *alto*, cuando tienen estudios de bachillerato o superior. Han quedado fuera del análisis en este caso, por tanto, aquellas mujeres cuyo nivel de estudios era de bachillerato, formación profesional o equivalente. La influencia de esta variable dicotomizada ha sido analizada de manera específica en el estudio 5.

▪ ***Descripción de la situación económica***

Para evaluar la percepción de la situación económica del hogar se empleó una adaptación de la encuesta “Indicador de Confianza del Consumidor” del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2014). En concreto, se pregunta cómo describirían la situación económica de su hogar,

con las siguientes cuatro opciones de respuesta: le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que ha tenido que contraer deudas; le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que han tenido que echar mano de los ahorros; llega justo a final de mes; ahorra un poco de dinero cada mes; y ahorra bastante dinero cada mes. Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada. Posteriormente, las respuestas se dicotomizaron entre aquellas personas que tienen dificultades para llegar a final de mes y las que tienen capacidad de ahorro. La influencia de esta variable dicotomizada ha sido analizada de manera específica en el estudio 5.

2.3.2. Variables de ayuda y cuidados familiares.

Las variables de ayuda y cuidados fueron evaluadas mediante una adaptación de la encuesta “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles” del CIS (España). Para cuantificar de forma exhaustiva la ayuda y los cuidados asumidos por las mujeres estudiadas, se registró el número de personas ayudadas en el último mes, su relación de parentesco, el tipo de ayuda prestada y la frecuencia con la que se prestaba dicha ayuda o cuidados.

▪ Tipo de ayuda

En concreto, en la evaluación del tipo de ayuda se realizó la siguiente distinción:

- ***Ayuda económica:*** registrada cuando se había prestado ayuda económica a familiares directos (padre, madre, suegro, suegra, hijo, hija, hermano y/o hermana), en el último año, siempre que dicha ayuda tuviera algún impacto sobre la propia economía. En el caso de haberse producido hacia varios familiares, se registraba cada una de las ayudas de forma separada para poder hacer después un recuento del número de familiares ayudados en esta modalidad. Esta variable ha sido analizada de manera específica en los estudios 1, 2, 3 y 4.
- ***Ayuda instrumental:*** registrada cuando se había prestado ayuda de forma práctica a familiares directos (padre, madre, suegro, suegra, hijo, hija, hermano y/o hermana), en

el último mes. Se ha incluido en esta categoría de ayuda el hacer favores, recados o ayudar en alguna tarea o gestión a algún miembro de su familia (padre, madre, suegro, suegra, hijo, hija, hermano y/o hermana). En este caso, el cuidado de nietos y/o nietas se entiende como un tipo de ayuda instrumental prestada hacia el hijo o hija en cuestión. Esta variable ha sido considerada para describir la distribución de esta característica sociodemográfica en la muestra estudiada. Esta variable ha sido analizada de manera específica en los estudios 1, 2, 3 y 4; además, ha sido empleada para calcular la variable *carga de cuidados*, cuya influencia ha sido analizada en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

- **Ayuda afectiva:** registrada cuando se había prestado ayuda afectiva a algún familiar directo (padre, madre, suegro, suegra, hijo, hija, hermano y/o hermana), en el último mes, cuando esta ha consistido en hacer compañía o supervisar el estado de dicho familiar. Esta variable ha sido analizada en los estudios 1, 2, 3 y 4; además, ha sido empleada para calcular la variable *carga de cuidados*, cuya influencia se ha analizado en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

▪ **Frecuencia de la ayuda**

En el caso de la ayuda económica, la frecuencia de la ayuda prestada se evaluó con respecto al último año, desde 1, *una vez en el último año*, hasta 5, *diaria o casi diaria*.

En el caso de la ayuda instrumental y/o afectiva, la frecuencia de la ayuda prestada se evaluó con respecto al último mes, desde 1, *una o varias veces al mes*, hasta 5, *varias veces al día*. Se contempla la opción *por turnos o continúa por temporadas*, cuando la ayuda se proporciona de manera intensa pero rotativa (por semanas, quincenas, meses...). Es la única casuística en la que, en caso de darse, se ha contabilizado como ayuda instrumental o afectiva ofrecida, aunque esta no haya sido asumida de forma efectiva específicamente durante el último mes.

Esta variable se ha incluido en los estudios 1, 2, 3 y 4; además, ha sido empleada para elaborar la variable *carga de cuidados*, cuya influencia se ha analizado en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

▪ **Intensidad de cada tipo de ayuda**

Para la evaluación de la intensidad de cada tipo de ayuda se combinaron distintas variables de ayuda, según el tipo específico a evaluar.

- ***Intensidad de la ayuda económica***: cantidad de familiares a los que ha ayudado económicamente, en el último año, cuando dicha ayuda se percibe como una interferencia para la propia economía.
- ***Intensidad de la ayuda instrumental***: frecuencia y duración de la prestación de ayuda práctica a algún miembro de su familia en el último mes.
- ***Intensidad de la ayuda afectiva***: frecuencia de la ayuda afectiva prestada a cada familiar, cuando ésta ha consistido en hacer compañía o supervisión en el último mes.

Posteriormente, con objeto de poder compararlas entre sí, la intensidad de cada tipo de ayuda se normalizó, pasando su puntuación a una escala de 0 a 10.

▪ **Relación de parentesco con la persona ayudada**

En cada tipología de ayuda se distinguió si se prestaba hacia ascendientes, hacia descendientes de segundo grado, es decir, nietos y/o nietas, o hacia otros familiares. Esta variable ha sido analizada de manera específica en los estudios 1 y 2; además, ha sido empleada para elaborar la variable *carga de cuidados*, cuya influencia se ha analizado en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

▪ **Duración de los cuidados**

En el caso de detectar la existencia de cuidados personales (ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria) hacia familiares ascendientes o descendientes de segundo grado, se evalúa desde cuándo se vienen ejerciendo dichos cuidados, contemplando en el caso de los

ascendientes desde 1, *menos de un mes*, hasta 5, *más de 3 años*, y en el caso de los descendientes de segundo grado desde 1, *menos de un año*, hasta 3, *más de 3 años*. Esta variable ha sido analizada de manera específica en el estudio 1 y, además, ha sido empleada para elaborar la variable *intensidad de la ayuda instrumental*, cuya influencia se ha analizado en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente tesis doctoral.

▪ **Carga de cuidados**

Para determinar la existencia o no de carga de cuidados hacia familiares ascendientes y/o descendientes de segundo grado, la frecuencia de la ayuda instrumental para la realización de actividades de la vida diaria y/o de la ayuda afectiva en la modalidad de acompañamiento, supervisión o compañía ofrecida hacia dichos familiares se dicotomizó, diferenciando si la ayuda se ofrecía de forma habitual o no. En concreto, se estableció que había *existencia de carga* cuando la ayuda se prestaba de manera continuada o frecuente, y *ausencia de carga* cuando no se daba dicha ayuda o bien cuando la ayuda era ofrecida solo de forma puntual o esporádica, distinguiendo en cada caso si la ayuda se daba a un familiar ascendiente o a un familiar descendiente de segundo grado, o sea, nieto o nieta.

La ayuda económica, aunque puede constituir una importante fuente de apoyo para quien la recibe y puede llegar a ser una fuente de estrés para la persona que la ofrece, al no realizarse mediante tareas estrictas de cuidado (como puede ser preparar la comida, vestir o permanecer alerta ante las necesidades de una persona mediante el acompañamiento y la supervisión), no se ha considerado dentro de la categoría de cuidados. Por otra parte, el procedimiento seguido para el establecimiento del punto de corte para diferenciar entre la ayuda esporádica y la ayuda frecuente se describirá con detalle en el apartado Análisis de Datos del presente capítulo.

Esta variable, al combinarse con la *relación de parentesco con la persona cuidada*, permite distinguir entre la carga de cuidados hacia familiares ascendientes y la carga de

cuidados hacia nietos y/o nietas. Esta variable ha sido analizada de manera global en el estudio 1 y de manera específica, distinguiendo la relación de parentesco con la persona ayudada, en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

▪ **Percepción de incidencias negativas derivadas de la asunción de cuidados**

Para evaluar la percepción de la existencia de consecuencias negativas en la vida de las mujeres cuidadoras, se preguntó a aquellas mujeres que manifestaban prestar ayuda instrumental a sus ascendientes para las actividades de la vida diaria o a sus descendientes en el cuidado de nietos y/o nietas, si el asumir dichas tareas de cuidado había tenido alguna incidencia negativa sobre su vida, ya fuese a nivel económico, laboral, personal, familiar o social. Esta variable ha sido analizada en los estudios 1, 2, 3 y 4.

2.3.3. Variables de recursos psicológicos.

▪ **Estrategias de afrontamiento del estrés**

Las estrategias de afrontamiento son evaluadas a través del Cuestionario COPE-28, realizado por Carver (1997) y adaptado al español por Morán, Landero y González (2010). Compuesto por 14 subescalas, cada una integrada por dos ítems, este cuestionario permite evaluar diferentes estrategias de afrontamiento. Los 28 ítems se responden con cuatro opciones de respuesta tipo Likert desde 0, *nunca*, hasta 3, *siempre*. Este instrumento se encuentra entre las medidas más frecuentes para evaluar las estrategias de afrontamiento relacionadas con la salud en la población general y en personas cuidadoras en particular (Morán et al., 2010). El coeficiente alfa de Cronbach obtenido para la escala completa ha sido de ,72.

Las estrategias de afrontamiento evaluadas en las 14 subescalas son las siguientes:

- ***Afrontamiento activo***: realizar acciones directas para eliminar o reducir el estresor.
- ***Planificación***: pensar acerca de cómo afrontar el estresor, elaborar un plan.
- ***Apoyo instrumental***: buscar ayuda o información de interés para afrontar el estresor.
- ***Uso de apoyo emocional***: despertar simpatía y comprensión en otras personas.

- ***Autodistracción:*** intentar no pensar en el estresor, concentrarse en otros asuntos.
- ***Desahogo:*** tomar conciencia del malestar emocional y tender a expresar o descargar los sentimientos negativos.
- ***Desconexión conductual:*** reducir o eliminar los esfuerzos de lidiar con el estresor, aunque suponga renunciar a otros objetivos.
- ***Reinterpretación positiva:*** buscar el lado favorable de la situación, intentando sacar lo positivo de la experiencia.
- ***Negación:*** negar la realidad del suceso o hecho estresante.
- ***Aceptación:*** aceptar lo que está sucediendo, aunque sea desagradable o doloroso.
- ***Religión:*** recurrir a la religión ante una situación de estrés.
- ***Uso de sustancias:*** tomar alcohol, medicinas u otras sustancias para sentirse mejor y ayudarse a tolerar el estresor.
- ***Humor:*** bromear sobre la situación estresante y reírse de la misma.
- ***Autoinculpación:*** criticarse y culparse por lo sucedido.

Esta escala de estrategias de afrontamiento se ha empleado en esta tesis doctoral de dos formas diferentes. Por un lado, tal y como se muestra en los estudios 2, 3, 4 y 5, se ha analizado la escala completa, analizando los resultados de todas las estrategias evaluadas y agrupándolas en base a un análisis de clúster. Por otro lado, también se ha empleado de forma parcial, seleccionando algunas subescalas para estudiar el comportamiento de determinadas estrategias especialmente relevantes, tal y como se muestra en los estudios 2 y 5.

▪ **Inteligencia emocional**

La inteligencia emocional ha sido evaluada de dos formas. Por un lado, se ha evaluado de manera específica en tres dominios: flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos. Por otro lado, se ha evaluado de manera global, para establecer un clúster de inteligencia emocional, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en los tres dominios conjuntamente.

El instrumento empleado ha sido el Inventario de Cociente Emocional (Emotional Quotient Inventory, EQ-i) de Bar-On (1997). La escala, de tipo Likert de 5 puntos, contempla opciones de respuesta desde 1, *casi nunca*, a 5, *con mucha frecuencia*. El alfa de Cronbach global ha sido de ,74.

Los dominios específicos evaluados en esta tesis doctoral han sido los siguientes:

- ***Flexibilidad***: dominio perteneciente a la dimensión de adaptación del modelo de inteligencia social-emocional de Bar-On. La subescala que lo evalúa está compuesta por 8 ítems. El alfa de Cronbach de esta subescala ha sido de ,76.
- ***Tolerancia al estrés***: dominio perteneciente a la dimensión de manejo del estrés del modelo de inteligencia social-emocional de Bar-On. La subescala que lo evalúa está compuesta por 9 ítems. El alfa de Cronbach obtenido en esta subescala ha sido de ,74.
- ***Control de los impulsos***: dominio que, junto con el anterior, compone la dimensión de manejo del estrés del modelo de inteligencia social-emocional de Bar-On. La subescala que lo evalúa está compuesta por 9 ítems. El alfa de Cronbach obtenido en esta subescala sobre control de los impulsos ha sido de ,79.

Se ha realizado un análisis específico de estos tres dominios y su influencia sobre otras variables en los estudios 3, 4 y 5. Asimismo, la puntuación de inteligencia emocional total se ha analizado en los mismos estudios.

▪ **Optimismo disposicional**

El optimismo disposicional se ha evaluado a través de una adaptación de la subescala de optimismo del instrumento Life Orientation Test (LOT-R, Scheier & Carver, 1985), adaptado al castellano por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Esta adaptación de la subescala está compuesta por 3 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos, cuya puntuación va desde 1, *totalmente en desacuerdo*, hasta 5, *totalmente de acuerdo*. El alfa de

Cronbach obtenido ha sido de ,75. Esta subescala ha sido empleada en los estudios 4 y 5 de esta tesis doctoral.

2.3.4. Variables de relaciones sociales.

▪ Apoyo social

El apoyo social ha sido evaluado a través del cuestionario Duke-UNC (Broadhead, Gehlbach, Degruy, & Kaplan, 1988). Este instrumento evalúa el apoyo social percibido a partir de 11 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1, *mucho menos de lo que deseo*, a 5, *tanto como deseo*. En la población española una puntuación por debajo de 32 puntos se considera baja (Bellón, Delgado, Luna, & Lardelli, 1996; De-la-Revilla et al., 1991; Servicio Andaluz de Salud, 2004). Este instrumento ha mostrado ser fiable y válido para evaluar el apoyo social percibido específicamente en personas cuidadoras en España (Cuéllar-Flores & Dresh, 2012). El alfa de Cronbach de la escala ha sido ,85. Esta subescala ha sido empleada en el estudio 5 de esta tesis doctoral.

▪ Conflictos familiares

El instrumento usado para evaluar los conflictos familiares parte de una adaptación de la encuesta “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles” del Centro de Investigaciones Sociológicas (Rodríguez, Mateo, & Sancho, 2005), en la que se insta a describir la relación con los familiares directos (hijos o hijas, madre, padre y pareja) eligiendo entre cuatro opciones de respuesta: *de gran intimidad*; *normal: conforme al vínculo que nos une*; *fría y distante*; o *con conflictos*. En este trabajo, se considera que existen conflictos familiares cuando al menos una de estas relaciones es calificada como *con conflictos*. Esta variable se ha analizado en el estudio 5 de esta tesis doctoral.

2.3.5. Variables de ajuste biopsicosocial.

▪ Estrés

El nivel de estrés se ha evaluado a través de la escala de estrés percibido PSS-4 (*Perceived Stress Scale - 4*). La escala original, diseñada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) y adaptada al español por Remor y Carrobbles (2001), informa sobre el grado de estrés que ha experimentado la persona durante el último mes, siendo uno de los instrumentos más empleados para evaluar el estrés (Lee, 2012). En esta investigación se ha utilizado la versión reducida de la escala, diseñada por Cohen y Williamson (1988). La versión empleada, con tan solo 4 ítems, presenta la misma estructura que la original, de tipo Likert, con opciones de respuesta distribuidas en una escala de frecuencia de cinco puntos (desde 0 a 4), cuya suma final, una vez convertidos los ítems inversos, informa de la cantidad de estrés percibido por la persona. Al igual que la original, los resultados de esta escala en esta tesis doctoral presentan adecuados índices de fiabilidad y validez (Lee, 2012), aportando esta versión la ventaja adicional de su brevedad y sencillez. Esta escala ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de ,72 y ha sido empleada en todos los estudios que integran esta tesis doctoral.

▪ **Salud**

Tradicionalmente, la salud se ha entendido como la ausencia objetiva de dolencia o enfermedad (Pressman & Hooker, 2013). Sin embargo, hace ya décadas que la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia de afecciones o enfermedad (WHO, 1948). Relacionado con este concepto de salud, por tanto, se encuentra el de bienestar, que abarca lo que supondría funcionar como una persona física, psicológica y socialmente sana (Pressman, Kraft, & Bowlin, 2013). A continuación, se detallan los diferentes aspectos de la salud biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich estudiados en esta tesis doctoral.

- **Salud global autopercebida:** esta área de salud se ha evaluado a través de dos indicadores: *satisfacción con la salud* y *autovaloración de la salud*.

- *Satisfacción con la salud*: se ha evaluado a través de la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life, 1995). Se trata de una escala diseñada por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida de manera global, teniendo en cuenta la percepción de la propia persona acerca de su salud física, psicológica, social y ambiental. Se ha utilizado la versión abreviada de 26 ítems, 2 que evalúan la calidad de vida de modo global y otras 24 que se distribuyen en cuatro áreas o subescalas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. Se trata de un instrumento ampliamente empleado tanto en la población general como en pacientes y en cuidadores informales. De hecho, algunos estudios afirman que probablemente es una de las pruebas para evaluar la satisfacción vital más citadas en la literatura científica (Diener & González, 2011). Ha mostrado su utilidad en diferentes contextos culturales, manifestando altos valores de consistencia interna y evidencias de validez (Baumann, Couffignal, Le Bihan, & Chau, 2012). En esta tesis doctoral se ha utilizado la adaptación española realizada por Lucas-Carrasco (1998) para evaluar diferentes áreas de la salud. En concreto, la satisfacción con la salud se ha evaluado a través de la subescala “estado general de salud”, consistente en la pregunta “en general, ¿cuán satisfecha está con su salud?”. Las respuestas se distribuyen en una escala tipo Likert con cinco opciones, desde *muy insatisfecha* a *muy satisfecha*. Esta subescala ha sido empleada en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente tesis doctoral.
- *Autovaloración de la salud*: se ha evaluado a través de un ítem elaborado “ad hoc”, en el que se pedía a las participantes que valorasen su salud de forma global, indicando qué puntuación le darían en una escala de 0 al 100. Esta variable ha sido analizada en los estudios 1, 2, 3 y 4 de esta tesis doctoral.

- **Salud física:** el área de salud física ha sido evaluada a través de la subescala de salud física del cuestionario WHOQOL-BREF, de 8 ítems tipo Likert cuyas respuestas van desde *nada o muy insatisfecha*, hasta *extremadamente o muy satisfecha*, respectivamente. Tras recodificar de forma inversa las puntuaciones de los ítems negativos, se suman para obtener la puntuación directa de la subescala, empleada en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente investigación. Para el estudio 5 estas puntuaciones directas se transformaron en una escala de 4 a 20 y posteriormente a otra de 0 a 100, aplicando las tablas de conversión de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996). El alfa de Cronbach obtenido ha sido de ,76.
- **Salud psicológica:** el área de salud psicológica ha sido evaluada a través de 3 indicadores diferentes: *salud psicológica general*, *ansiedad* y *depresión*.
 - *Salud psicológica general:* evaluada a través de la subescala de salud psicológica del cuestionario WHOQOL-BREF, de 6 ítems de tipo Likert. Las opciones de respuesta varían de un ítem a otro, pero todas se distribuyen en una escala que va desde *nada*, *muy insatisfecha* o *nunca*, hasta *extremadamente*, *muy satisfecha* o *siempre*, respectivamente. Tras recodificar de forma inversa las puntuaciones de los ítems negativos, se suman para obtener la puntuación directa de la subescala, empleada los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente investigación. Para que los resultados puedan ser comparables con la versión completa, se transforman en una escala de 4 a 20 y, posteriormente, a otra de 0 a 100, aplicando las tablas de conversión de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996), empleada en el estudio 5 de la presente investigación. El alfa de Cronbach obtenido en esta tesis doctoral ha sido de ,85.
 - *Ansiedad:* el nivel de ansiedad es evaluado a través de la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (1988). Se trata de un breve

cuestionario de cribado para detectar trastornos de ansiedad y depresión en la población general, compuesto por dos subescalas, ansiedad y depresión, con 9 ítems cada una, de verdadero o falso, que al sumarse arrojan puntuaciones comprendidas entre 0 y 9. Para la subescala de ansiedad, el punto de corte que indica alta probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad es (mayor o igual a) 4. El alfa de Cronbach para la subescala de ansiedad ha sido de ,88. Esta subescala se ha empleado en los cinco estudios que componen esta tesis doctoral.

- *Depresión:* la depresión es evaluada a través de la subescala de depresión que completa la escala anterior (Goldberg, 1988). El punto de corte que indica alta probabilidad de padecer un trastorno de depresión es (mayor o igual a) 2. El alfa de Cronbach obtenido ha sido de ,82. Esta subescala se ha empleado en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

- ***Indicadores de bienestar subjetivo:*** se han evaluado algunos de los indicadores más importantes del bienestar subjetivo. En concreto, la *calidad de vida global*, la *satisfacción vital* y la *felicidad*.

- *Calidad de vida global:* la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye componentes objetivos y subjetivos, relativos a diversos ámbitos de la vida (Cummins y Cahill, 2000). Los componentes objetivos hacen referencia a la disponibilidad de bienes, derechos o servicios, mientras que los subjetivos, están relacionados con la valoración que hace la persona de dicha disponibilidad en relación con la propia vida, quedando influidos, por tanto, por aspectos cognitivos y afectivos (Moyano-Díaz & Ramos-Alvarado, 2007). Para evaluar la calidad de vida global se ha empleado la subescala de salud psicológica del cuestionario WHOQOL-BREF, consistente en 1 ítem de escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde

1, *muy mal*, a 5, *muy bien*. Esta subescala ha sido empleada los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente investigación.

- *Satisfacción vital*: la satisfacción vital constituye la dimensión cognitiva de la felicidad, y consiste en la valoración racional que la persona realiza sobre su propia vida (Simsek, 2009). Para evaluar la satisfacción vital se ha utilizado la escala de Satisfacción con la vida (*Satisfaction With Life Scale*), diseñada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala está compuesta por 5 ítems de tipo Likert y evalúa la valoración global que hace la persona con respecto a su vida. Las opciones de respuesta van desde 1, *totalmente en desacuerdo*, hasta 7, *totalmente de acuerdo*. Algunos estudios afirman que probablemente es una de las pruebas para evaluar la satisfacción vital más citadas en la literatura científica (Diener & González, 2011). El alfa de Cronbach obtenido ha sido de ,83. Esta subescala ha sido empleada en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente investigación.
- *Felicidad*: la felicidad, a menudo empleada como sinónimo de bienestar subjetivo por algunos autores, puede ser definida como el grado con que una persona aprecia la totalidad de su vida presente de forma positiva y experimenta afectos de tipo placentero (Calvo & Beytía, 2011). La evaluación de la felicidad se realizó a través de una escala de un único ítem de percepción de la propia felicidad: *Valore de 0 a 100 su estado global actual de felicidad*. Se trata de una adaptación del instrumento Escalera de la vida de Gallup (Gallup, 1976). Este instrumento ha sido empleado en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente investigación.
- ***Indicadores adicionales de salud***: se han elaborado cuatro preguntas “ad hoc” sobre algunos diagnósticos de salud y consumo de medicamentos, como se detalla a continuación:

- *Existencia o no de alguna cardiopatía.* Este indicador ha sido señalado como afirmativo cuando la participante indicaba que tenía algún tipo de cardiopatía diagnosticada que requería atención médica o tratamiento.
- *Existencia o no de algún trastorno psiquiátrico.* Este indicador ha sido señalado como afirmativo cuando la participante indicaba que tenía algún tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticado que requería atención médica o tratamiento.
- *Frecuencia de consumo de medicamentos hipnóticos.* Se ha empleado una escala que va desde 0, *nunca*, hasta 5, *diaria*.
- *Frecuencia de consumo de medicamentos tranquilizantes.* Se ha empleado una escala que va desde 0 *nunca*, hasta 6, *varias veces al día*.

Estos indicadores se han empleado en los estudios 1, 3 y 4 de la presente investigación.

2.4. Descripción del procedimiento de investigación.

Tras la elaboración del cuestionario, que fue insertado en el guion de una entrevista estructurada, se solicitó y obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía. Se realizó un estudio piloto que consistió en entrevistar a cuatro mujeres que cumplían los requisitos de la muestra, obteniendo indicadores adicionales de comprensión del cuestionario y de monitorización de tiempos. Se diseñó un panel de expertos a los que se les suministró la información del diseño de la encuesta y de los resultados del pilotaje con la intención de determinar los cambios necesarios para aumentar la calidad de la investigación. Tras dicho estudio piloto y panel de expertos, se eliminaron algunas escalas, reduciendo el tiempo de aplicación.

Por último, el equipo de investigación contactó con entidades de referencia para la captación de la muestra (ayuntamientos, residencias de mayores, centros de participación activa, centros de día, unidades de estancia diurna y asociaciones). A medida que se conseguía

el contacto de las mujeres que cumplían los criterios de inclusión, los miembros del equipo las llamaban por teléfono para informarlas de los objetivos y del procedimiento de la investigación, animándolas a participar. Con aquellas mujeres que manifestaban su deseo de participar se fijaba una cita, cuya fecha, hora y lugar era elegido por las participantes. En dicha reunión se llevaba a cabo la firma del consentimiento informado y se realizaba la correspondiente entrevista estructurada, dirigida por una persona del equipo de investigación. El documento para el consentimiento informado puede consultarse en el Apéndice B. En dicho documento se hace constar que la participante ha sido informada de los objetivos de la presente investigación, que la información facilitada durante la entrevista es confidencial y está sometida al secreto profesional, y que los datos serán tratados de forma global y no individual; asimismo, en el documento se informa de que la persona puede retirarse en cualquier momento del estudio.

Las entrevistas tuvieron lugar mayoritariamente en el domicilio particular de las participantes, pero en ocasiones, siempre a petición de la participante, se llevaron a cabo en su lugar de trabajo, en la sede de la entidad de referencia o en un despacho de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. La duración media de las entrevistas fue de unos 90 minutos, llegando a alargarse en algunas ocasiones hasta 180 minutos. Por ello, y con el fin de evitar el cansancio e interferir lo menos posible en la vida cotidiana de las participantes, si se detectaba que la entrevista se estaba prolongando, se ofrecía la posibilidad a la participante de finalizarla en una segunda sesión, en cuyo caso se volvía a acordar una nueva cita para otro día diferente.

2.5. Análisis de datos.

Las estrategias de análisis de datos concretas empleadas para conseguir los objetivos de la presente tesis doctoral se describen detalladamente en el apartado correspondiente dentro de cada estudio, en el apartado de Resultados. A continuación, por tanto, solo se describirán de

manera general los procedimientos comunes empleados, con el fin de presentar una visión global de la diversidad de técnicas y procedimientos empleados.

Para mostrar las características sociodemográficas de la muestra y su distribución en ciertas variables, se han empleado estadísticos descriptivos tales como la media y la desviación estándar para variables cuantitativas continuas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Este tipo de estadísticos se han empleado en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

En concreto, para el establecimiento de la división entre la prestación de cuidados poco frecuente y frecuente, tanto para el caso de nietos y nietas como el de los ascendientes, se ponderaron los diferentes sumatorios de frecuencia de ayuda instrumental y afectiva prestada en dos escalas de 0 a 14, estableciéndose como punto de corte la obtención 6 puntos. Este punto de corte corresponde con prestar ayuda al menos en el cuidado de un nieto o nieta o ascendiente de manera continuada (ya sea de lunes a viernes o por temporadas rotativas) o, en su forma más distribuida, con prestar ayuda semanalmente en el cuidado de cinco nietos o nietas o -más raramente- a ascendientes. Esta distinción ha sido empleada en los cinco estudios que integran esta tesis doctoral.

Para el análisis bivariado de comparación de medias se emplearon las pruebas Chi-cuadrado, *t* de Student y Anova ($p < ,05$). En concreto, la prueba estadística Chi-cuadrado ha sido empleada en los estudios 2 y 3; el estadístico *t* de Student ha sido empleado en los estudios 2 y 4; y el análisis de la varianza (Anova) en los estudios 1 y 3 de la presente investigación. Para la consecución de los objetivos que implicaban comprobar la relación entre variables cuantitativas, se ha recurrido al análisis bivariado de las correlaciones a través de la correlación de Pearson.

De forma complementaria a las pruebas de significación, se han empleado las pruebas *d* de Cohen y eta-cuadrado como análisis del tamaño del efecto de las diferencias. Siguiendo

la definición de Cohen (1988) se interpretó el tamaño de efecto del estadístico d de Cohen en base a los siguientes intervalos: de 0 a 0,2, efecto despreciable; de 0,20 a 0,49, tamaño de efecto bajo; de 0,50 a 0,79, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,80, tamaño de efecto grande. Esta prueba estadística ha sido empleada en los estudios 1, 2, 3 y 4 de la presente tesis doctoral. Para la interpretación del tamaño del efecto del estadístico eta-cuadrado se atendieron a los siguientes intervalos: de 0 a ,009, despreciable; de ,010 a ,089, tamaño de efecto bajo; de ,090 a ,249, tamaño de efecto medio; y a partir de ,250, tamaño de efecto grande (Tabachnick & Fidell, 2007). Esta prueba estadística ha sido empleada en los estudios 1, 2 y 4 de la presente investigación.

Para el análisis de los posibles efectos de mediación realizados en los estudios 2, 3 y 4 de la presente tesis doctoral se ha empleado el procedimiento de mediación simple, también denominado análisis de efectos directos e indirectos.

Para el análisis de los posibles efectos de interacción entre diferentes variables realizado en el estudio 5 de la presente tesis doctoral se han tipificado las variables cuantitativas y se han realizado modelos de regresión lineal por pasos. También se han empleado pruebas de regresión lineal por pasos para establecer el efecto de relaciones conjuntas de variables independientes sobre variables dependientes.

Para los análisis multivariantes más complejos, efectuados en los estudios 2 y 5 de la presente tesis doctoral, se han realizado modelos de ecuaciones estructurales, mediante el método de estimación de Máxima Verosimilitud (MV). El estudio del ajuste de los diferentes modelos se ha realizado a partir de diferentes índices de ajuste absoluto (X^2 y X^2/gl), medidas basadas en los residuos (SRMR), índices de ajuste comparativo (NNFI, CFI, IFI y AGFI) y medidas de errores de aproximación (RMSEA y SRMR). En el caso de los índices absolutos, se consideran aceptables los cocientes X^2/gl cuando presentan valores inferiores a 5 y adecuados cuando dicha razón es inferior a 3. Para el NNFI, CFI, AGFI e IFI, valores superiores

a ,90 son considerados unos índices de buen ajuste (McDonald & Ho, 2002), aunque Hu y Bentler (1999) recomiendan valores cercanos o superiores a ,95. Para el RMSEA y SRMR se aceptan valores cercanos o inferiores a ,06 (Hu & Bentler, 1999). Por otro lado, para analizar posibles mejoras de los modelos, se emplearon la prueba de Lagrange Multiplier (LM test) y el test de Wald. Antes de permitir el cálculo de un nuevo parámetro o suprimir uno ya existente, se han tenido en cuenta no solo los criterios del LM test y del test de Wald, sino también el apoyo teórico previo que implicaba ese cambio, junto con la mejora en el ajuste que podría causar dicha modificación, analizada mediante la mejora en los diferentes indicadores de ajuste.

Para mostrar los resultados de los modelos de ecuaciones estructurales se ha recurrido a *path diagrams* en los que se incluyen el valor de los coeficientes estandarizados en cada una de las relaciones propuestas. Estos coeficientes estandarizados miden la intensidad (en valores absolutos, de 0 -ninguna relación- a 1 -máxima relación posible-), así como la direccionalidad de la relación entre las variables en base al signo del coeficiente (signo positivo indica relación directa mientras el signo negativo indica relación inversa).

Todos los análisis estadísticos de este estudio se realizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics en su versión 23.0 (análisis de correlaciones), junto con la interfaz Process para SPSS, el programa EQS 6.2 (modelo de ecuaciones estructurales) y el apoyo de ciertos complementos de cálculo proporcionado por el programa Microsoft Excel.

Capítulo 3.

Resultados de la investigación.

Este capítulo de la tesis doctoral se dividirá en cinco estudios que dan respuesta a los objetivos específicos detallados al final del capítulo de Introducción y Justificación Teórica. En concreto, a continuación se especifica el título general de cada uno de los estudios.

- Estudio 1. Abuelas y cuidados múltiples en familias de cuatro generaciones.
- Estudio 2. Estrategias de afrontamiento del estrés y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.
- Estudio 3. Inteligencia emocional y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.
- Estudio 4. Disposición al optimismo y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.
- Estudio 5. Relación entre diferentes factores personales y psicosociales y su papel en el ajuste biopsicosocial de las abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.

Estudio 1: Abuelas y cuidados múltiples en familias de cuatro generaciones.

3.1.1. Objetivos del estudio 1.

El objetivo general de este estudio es conocer la relación entre la ayuda y los cuidados que está asumiendo la segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones y su ajuste biopsicosocial a través de su nivel de estrés percibido, salud general, salud física, salud psicológica, así como algunos indicadores de bienestar subjetivo y otros indicadores adicionales de salud.

Los objetivos específicos de este estudio son:

3.1.1.1. Conocer la intensidad de cada tipo de ayuda y la carga de cuidados que las abuelas de la generación sándwich están asumiendo con respecto a sus familiares; y en caso de que presten cuidados familiares frecuentes, conocer desde cuándo, así como si perciben alguna incidencia negativa derivada de dichos cuidados.

3.1.1.2. Conocer el nivel de estrés y salud de las mujeres estudiadas y cómo se relacionan entre sí ambas áreas de ajuste biopsicosocial.

3.1.1.3. Conocer cómo se relaciona la intensidad de cada tipo de ayuda y el nivel de carga de cuidados asumido por estas mujeres con la cantidad de estrés que perciben.

3.1.1.4. Conocer cómo se relaciona la intensidad de cada tipo de ayuda proporcionada, el nivel de carga y la existencia de incidencias negativas derivadas del cuidado asumido por estas mujeres con su salud.

3.1.2. Metodología específica del estudio 1.

En este apartado se describirán las técnicas y estrategias metodológicas llevadas a cabo para la consecución del objetivo general del presente estudio, así como de sus respectivos objetivos específicos. Por tanto, la información metodológica que aquí se presenta se centra en aquellos aspectos concretos relativos al presente estudio, fundamentalmente en aquellos que presenten características nuevas o diferenciadoras con respecto a lo descrito en la metodología general de la investigación. Los aspectos comunes a la metodología general empleada, como por ejemplo el diseño o el procedimiento de investigación empleados, que han sido similares en los cinco estudios, se pueden consultar en el capítulo 2 de esta tesis doctoral.

3.1.2.1. Muestra del estudio.

El estudio 1 se llevó a cabo con un total de 120 mujeres residentes en el suroeste de España, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: por una parte, ser abuela y, por otra, tener algún ascendente directo vivo (padre, madre, suegro y/o suegra).

Además de los criterios de exclusión generales de la presente investigación (padecimiento de patología mental grave y/o que le impida comprender la entrevista, no hablar correctamente el idioma o no firmar el consentimiento informado), con el fin de poder establecer adecuadamente la distinción entre los grupos de carga de cuidados en función de la frecuencia y el tipo de ayuda proporcionada a sus familiares, fueron excluidas aquellas mujeres que estaban a cargo de un hijo o una hija con discapacidad, quedando la muestra reducida a 117 mujeres para esos análisis.

Las participantes en este estudio presentaban una edad media de 57,87 años ($\sigma = 5,81$). En el caso de las abuelas que reportaban ejercer cuidados hacia ascendientes, el 30,83% de ellas convivía con la persona cuidada. Con respecto a las abuelas que reportaban cuidados hacia nietos y/o nietas, en el 12,5% de los casos convivían con ellos y/o ellas.

3.1.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.

En este estudio en concreto, para evaluar la ayuda y los cuidados familiares se han tenido en todas las variables de ayuda y cuidados estudiadas en esta tesis doctoral. Se han analizado, por tanto, los tres tipos diferentes de ayuda contemplados en esta investigación: ayuda económica (siempre que sea una ayuda lo suficientemente importante como para influir en la economía familiar), instrumental y/o afectiva (en la modalidad de acompañamiento, supervisión o compañía), su frecuencia y su intensidad.

Con respecto específicamente a la carga de cuidados hacia familiares ascendientes se tuvieron en cuenta dos modalidades de ayuda: instrumental (frecuencia de hacer favores, recados, ayudar en alguna tarea) y afectiva, prestada en forma de compañía o supervisión. De forma paralela, en el cuidado de los nietos y/o nietas se incluyeron las tareas de asistencia instrumental (frecuencia de llevarlos o recogerlos del colegio, llevarlos a algún servicio de salud, prepararles o darles la comida) y de acompañamiento o supervisión (frecuencia de pasear, jugar con ellos, vigilarlos mientras juegan o duermen). Puede consultarse una descripción más detallada de dichas variables de ayuda y cuidado, así como sus respectivos instrumentos de evaluación, en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral, dedicado a la metodología común de los cinco estudios que la integran.

El ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas se evaluó en el presente estudio a través del nivel de estrés y del conjunto de indicadores empleados para valorar las distintas áreas de salud contempladas en esta tesis doctoral: salud general autopercibida, salud física, salud psicológica y bienestar subjetivo. Además, se han analizado los indicadores adicionales de salud incluidos en la presente investigación. Los indicadores concretos empleados para evaluar cada área de salud, así como sus correspondientes instrumentos de evaluación pueden consultarse en el capítulo 2, dedicado a la metodología común de los cinco estudios que conforman la presente tesis doctoral.

3.1.2.3. Análisis de datos.

Para dar respuesta al primer objetivo se han realizado análisis estadísticos descriptivos de la muestra en las variables analizadas.

Asimismo, para la consecución de los objetivos propuestos se ha establecido una distribución de las mujeres de la muestra en cuatro grupos de carga de cuidados diferentes, según el nivel de cuidados prestados diferencialmente a ascendientes y nietos y/o nietas. En concreto, los cuatro grupos son:

- Grupo 1. Mujeres sin carga relevante: en este grupo se han incluido a aquellas mujeres de la muestra que no habían prestado cuidados ni a sus nietos o nietas ni a sus ascendientes en el último mes, o bien lo habían hecho de manera poco frecuente.
- Grupo 2. Mujeres con carga solo en el cuidado de nietos y/o nietas: en este grupo se han incluido a aquellas mujeres de la muestra que habían prestado ayuda en el cuidado de sus nietos y/o nietas -instrumental y/o afectiva en forma de compañía/supervisión-, pero no a sus ascendientes, de manera frecuente en el último mes.
- Grupo 3. Mujeres con carga solo en el cuidado de sus ascendientes: en este grupo se han incluido a aquellas mujeres de la muestra que habían prestado ayuda -instrumental y/o afectiva en forma de compañía/supervisión- a sus ascendientes, pero no a sus nietos y/o nietas, de manera frecuente en el último mes.
- Grupo 4. Mujeres con doble carga de cuidado: en este grupo se han incluido a aquellas mujeres de la muestra que en el último mes habían prestado ayuda -instrumental y/o afectiva en forma de compañía/supervisión- de manera frecuente tanto a sus ascendientes como a sus nietos y/o nietas.

El método empleado para el establecimiento del punto de corte que señala el comienzo de la ayuda *frecuente*, frente a la *no frecuente*, ha sido detallado en el apartado Análisis de datos del capítulo 2 de la presente tesis doctoral.

Para los análisis de las relaciones entre las distintas variables se ha recurrido al análisis bivariado a través de la correlación de Pearson.

Para el análisis de las diferencias entre los grupos se emplearon dos pruebas basadas en la comparación de medias: *t* de Student y Anova ($p < ,05$). De forma complementaria a las pruebas de significación, como análisis del tamaño del efecto de las diferencias se han empleado las pruebas estadísticas *d* de Cohen (de 0 a 0,19, efecto despreciable; de 0,20 a 0,49, tamaño de efecto bajo; de 0,50 a 0,79, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,80, tamaño de efecto grande) y eta-cuadrado (de 0 a 0,009, despreciable; de 0,010 a 0,089, tamaño de efecto bajo; de 0,090 a 0,249, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,250, tamaño de efecto grande), según se indica en el capítulo 2, dedicado a la metodología común de la presente tesis doctoral.

3.1.3. Resultados del estudio 1.

3.1.3.1. Ayuda y cuidados familiares asumidos por las abuelas de la generación sándwich.

Los resultados del estudio indican que el 96,67% de las mujeres entrevistadas prestan ayuda económica, instrumental y/o afectiva a sus familiares. Sin embargo, la variabilidad en cuanto al tipo y cantidad de ayuda es amplia, siendo lo más habitual la ayuda afectiva, consistente en hacer compañía o supervisar al familiar, tal y como puede observarse en la tabla 3.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos del tipo y la cantidad de ayuda familiar proporcionada.

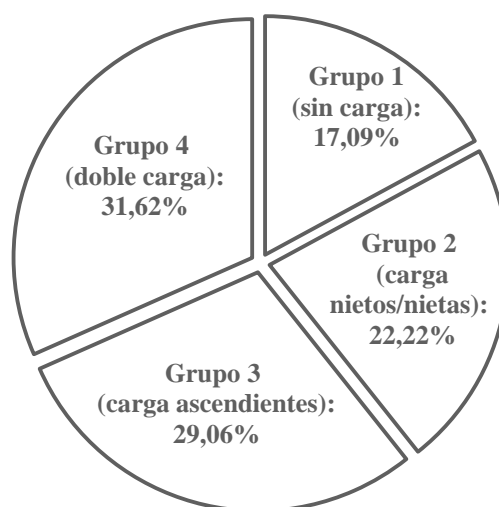
		N	M	DE	Mínimo	Máximo
Intensidad de la ayuda	Económica	120	1,18	2,18	0	10
	Instrumental	120	1,36	1,75	0	10
	Afectiva	120	3,15	2,58	0	10

La mayor parte (69,8%) de las mujeres que manifiestan prestar ayuda instrumental a sus ascendientes para las actividades de la vida diaria lo hacen desde hace más de 3 años,

seguidas por aquellas que llevan entre 1 y 3 años (20,8%), mientras aquellas que llevan menos de 1 año no llegan al 10%. Con respecto a las mujeres que cuidan a sus nietos y/o nietas, la mayor parte (63,5%) de ellas lo hacen desde hace más de 3 años, mientras la otra mitad se distribuye prácticamente por igual entre las que llevan entre 1 y 3 años asumiendo dichos cuidados y las que lo hacen desde hace menos de 1 año (17,7% y 18,8%, respectivamente).

Con respecto a la asunción de cuidados (incluyendo la ayuda instrumental en las actividades de la vida diaria y/o el acompañamiento y la supervisión), el 82,90% de las mujeres entrevistadas habían cuidado de manera frecuente a al menos un familiar ascendiente o descendiente de segundo grado en el último mes, siendo la situación de doble carga en los cuidados, o sea ayudar en ambas direcciones, la más habitual en la muestra. También dentro de los cuidados ofrecidos, la variabilidad encontrada ha sido amplia, quedando los grupos compuestos por el siguiente número de muestra: 20 mujeres en el grupo 1 o sin carga de cuidados relevante, 26 mujeres en el grupo 2 o con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, 34 mujeres en el grupo 3 o con carga de cuidados solo hacia ascendientes y 37 mujeres en el grupo 4 o con doble carga de cuidados. En concreto, tal y como se muestra en la figura 4, el 17,09% de la muestra se engloba en el grupo sin carga de cuidados (grupo 1), el 22,22% de la muestra se agrupa en el grupo con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas (grupo 2), el 29,06% corresponde al grupo con carga de cuidados solo hacia ascendientes (grupo 3), mientras que la situación de doble carga de cuidados hacia ascendientes y nietos y/o nietas (grupo 4) es la más habitual en la muestra (31,62%).

Figura 4. Distribución de la muestra en los distintos grupos de carga.



Por otra parte, en global, el 44,02% de las mujeres entrevistadas percibe que las labores de cuidado que realiza a sus familiares conllevan algún tipo de consecuencia o incidencia negativas sobre su vida, siendo el grupo de mujeres con doble carga de cuidados (grupo 4) el que conlleva mayor proporción de esta percepción de incidencias (59,46%), seguido por el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes (grupo 3), que percibe incidencias en el 55,88% de los casos y, por último, en una proporción bastante menor (36,61%), por el grupo que presenta carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas (grupo 2).

3.1.3.2. Indicadores de estrés y salud en las abuelas de la generación sándwich.

En términos generales, tal y como puede observarse en la tabla 4, las mujeres estudiadas muestran un nivel de estrés percibido bajo, con una puntuación media de 5,60 y una desviación estándar de 3,35 (mín. = 0, máx. = 15).

En cuanto a los niveles de salud encontrados en la muestra, tal y como puede apreciarse en la misma tabla, en términos generales se observan valores positivos en los todos los indicadores empleados.

Concretamente, respecto a la salud global autopercebida, como puede observarse en la misma tabla, la puntuación media obtenida por estas mujeres en la satisfacción con la salud es de 3,57, con una desviación estándar de 1,07 (mín. = 1, máx. = 5), la cual se corresponde con una valoración intermedia entre *lo normal* y *bastante satisfecha*; y la puntuación media en autovaloración de la salud es de 70,55 (mín. = 0, máx. = 100), con una desviación estándar de 19,25, claramente ubicada, por tanto, en el polo positivo.

Con respecto a la salud física, como se aprecia en la misma tabla, la puntuación media es de 3,37 puntos, con una desviación estándar de 0,54 puntos (mín. = 1,25, máx. = 4,25), en una escala que abarca de 1 a 5, sobrepasando, por tanto, el punto medio de la escala.

Tabla 4. Puntuaciones globales de estrés percibido y salud.

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Estrés percibido	120	5,60	3,35	0	15
Satisfacción con la salud	120	3,57	1,07	1	5
Autovaloración de la salud	119	70,55	19,25	0	100
Salud física	120	3,37	0,54	1,25	4,25
Salud psicológica general	120	2,32	0,53	1	3,5
Ansiedad	118	3,04	2,91	0	9
Depresión	114	1,97	2,35	0	8
Calidad de vida global	120	3,44	1,03	1	5
Satisfacción vital	120	23,63	6,60	11	35
Felicidad	119	69,41	20,49	10	100

En cuanto a la salud psicológica, como puede observarse en la misma tabla, la puntuación media en salud psicológica general es de 2,32 puntos (mín. = 1, máx. = 3,5), situándose ligeramente por debajo de la mitad de la escala, que abarca de 1 a 5, con una

desviación estándar de 0,53, mientras las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad y depresión (3,04 y 1,97, respectivamente) se muestran ambas por debajo de las puntuaciones de corte establecidas para indicar una alta probabilidad de padecer dichos trastornos.

En referencia a las puntuaciones de bienestar subjetivo, como se aprecia en la misma tabla, la puntuación media en calidad de vida es de 3,44 puntos (mín. = 1, máx. = 5), con una desviación estándar de 1,03 puntos, en una escala que abarca de 1 a 5 y en la satisfacción con la vida es de 23,63, con una desviación estándar de 6,60 puntos (mín. = 11, máx. = 35), en una escala que abarca de 5 a 35; y las puntuaciones correspondientes a la felicidad muestran una media de 69,41 en una escala que abarca de 0 a 100, y una desviación estándar de 20,49 (mín. = 10, máx. = 100). Los tres indicadores, por tanto, muestran un resultado positivo.

Por último, en referencia a los indicadores adicionales de salud, encontramos que el 8,4% de estas mujeres presenta algún tipo de cardiopatía y el 10,2% presenta algún trastorno psiquiátrico diagnosticado. El consumo de medicación hipnótica y ansiolítica, sin embargo, es bastante más alto, alcanzando los porcentajes del 30,8% y del 21,7% de las participantes, respectivamente.

3.1.3.3. Relación entre estrés percibido y salud en las abuelas de la generación sándwich.

La relación entre estrés percibido y salud, como puede apreciarse en la tabla 5, muestra diversas correlaciones significativas en todas las áreas de salud evaluadas.

Tabla 5. Correlaciones entre estrés percibido y salud.

	Estrés percibido				
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	η^2	Tamaño de efecto
Satisfacción con la salud	-,31	,001**	120	0,096	medio
Autovaloración de la salud	-,39	,000**	119	0,152	medio
Salud física	-,41	,000**	120	0,168	medio
Salud psicológica	-,64	,000**	120	0,410	grande
Ansiedad	,59	,000**	118	0,348	grande
Depresión	,60	,000**	114	0,360	grande
Calidad de vida general	-,56	,000**	120	0,314	grande
Satisfacción vital	-,48	,000**	120	0,230	medio
Felicidad	-,49	,000**	119	0,240	medio
Cardiopatía	-,19	,835	119	0,004	despreciable
Trastorno psiquiátrico	,12	,190	118	0,014	despreciable
Consumo hipnóticos	,21	,017*	120	0,044	bajo
Consumo ansiolíticos	,21	,018*	120	0,044	bajo

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En concreto, con respecto a la salud global autopercebida, el estrés percibido correlaciona negativamente con la satisfacción y con la autovaloración de la salud ($r = -,31$, $p = ,001$ y $r = -,39$, $p < ,001$, respectivamente), con un tamaño de efecto medio en ambos casos ($\eta^2 = 0,096$ y $\eta^2 = 0,152$, respectivamente). Es decir, un aumento en el nivel del estrés se asocia a una disminución de la satisfacción y de la autovaloración de la salud.

En cuanto a la salud física, el estrés percibido muestra con respecto a esta una correlación significativa negativa, con un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = 0,168$), por lo que un aumento del estrés se relaciona con una disminución de la salud física.

Con respecto a la salud psicológica, el estrés muestra una correlación negativa con la salud psicológica general ($r = -,64$, $p < ,001$) y positiva con ansiedad y depresión ($r = ,59$, $p < ,001$ y $r = ,60$, $p < ,001$, respectivamente). En los tres casos, el tamaño de efecto mostrado es grande ($\eta^2 = 0,410$, $\eta^2 = 0,348$ y $\eta^2 = 0,360$, respectivamente), por lo que a medida que aumenta

el estrés percibido, disminuye en gran medida la salud psicológica y aumentan, también en gran medida, los síntomas de ansiedad y depresión.

En cuanto al bienestar subjetivo, el estrés percibido muestra una correlación significativa negativa con los tres indicadores evaluados: calidad de vida ($r = -,56, p < ,001$), satisfacción vital ($r = -,48, p < ,001$) y felicidad ($r = -,49, p < ,001$), siendo el tamaño del efecto grande en el caso de la calidad de vida ($\eta^2 = 0,314$) y medio en el caso de la satisfacción vital y la felicidad ($\eta^2 = 0,230$ y $\eta^2 = 0,240$, respectivamente). Es decir, según aumenta el estrés percibido por estas mujeres disminuye en gran su calidad de vida y también, aunque en menor medida, su satisfacción vital y su felicidad.

Asimismo, con respecto a los indicadores adicionales de salud, aunque no se aprecian correlaciones significativas entre el estrés percibido y la existencia de cardiopatías o trastornos psiquiátricos diagnosticados, sí se aprecian correlaciones significativas positivas del estrés percibido con el consumo de hipnóticos ($r = ,21, p = ,017$) y con el de ansiolíticos ($r = ,21, p = ,018$), con tamaño de efecto bajo en ambos casos ($\eta^2 = 0,044$). Esto significa que un aumento del estrés percibido se asocia ligeramente a un mayor consumo tanto de hipnóticos como de ansiolíticos.

3.1.3.4. Relación entre la ayuda y la carga de cuidados y el estrés percibido en las abuelas de la generación sándwich.

Al analizar el estrés percibido por estas mujeres en función del tipo de ayuda proporcionada (económica, instrumental y/o afectiva), como puede observarse en la tabla 6, sí se encuentran algunas diferencias. En concreto, existe una correlación positiva significativa entre la intensidad de ayuda económica prestada y el nivel de estrés ($r = ,25, p = ,006$), con tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,063$), por lo que un aumento en la ayuda económica prestada se corresponde con un mayor estrés. Igualmente, existe una relación significativa ($r = ,20, p = ,031$) entre la cantidad de ayuda instrumental proporcionada y el grado de estrés percibido, con tamaño de

efecto bajo ($\eta^2 = 0,040$), de forma que, a mayor cantidad de ayuda instrumental, mayor será el estrés. Sin embargo, la relación entre la cantidad de ayuda afectiva proporcionada y el estrés no resulta significativa, mostrando un tamaño de efecto despreciable ($\eta^2 = 0,002$).

Tabla 6. Relación entre el tipo y la cantidad de ayuda prestada y el estrés percibido.

		Intensidad ayuda económica	Intensidad ayuda instrumental	Intensidad ayuda afectiva
Estrés percibido	Correlación de Pearson	,25	,20	-,04
	Sig. (bilateral)	,006*	,031*	,672
	N	120	120	120
	Eta-cuadrado	0,063	0,040	0,002
	Tamaño de efecto	bajo	bajo	despreciable

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Por otro lado, al comparar los cuatro grupos de carga con el estrés percibido, cuyas puntuaciones medias se observan en la tabla 7, no se encuentran diferencias significativas. Es decir, a simple vista, no se aprecian diferencias relevantes entre el estrés percibido por estas mujeres según el grupo de carga de cuidados en el que se encuentren (sin carga de cuidados, carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, carga de cuidados solo hacia ascendientes o doble carga de cuidados).

Tabla 7. Estrés percibido en los diferentes grupos de carga de cuidados.

	Grupo 1 (sin carga)		Grupo 2 (carga nietos/nietas)		Grupo 3 (carga ascendientes)		Grupo 4 (doble carga)	
N	20		26		34		37	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Estrés percibido	4,85	2,87	5,54	3,29	5,82	3,35	5,68	3,43

Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto evaluado a través de la prueba d de Cohen, cuyos resultados pueden apreciarse en la tabla 8, sí muestra diferencias apreciables ($d \geq 0,20$) entre el grupo 1 (sin carga de cuidados) y el resto de los grupos. Es decir, se aprecia cómo el cuidado hacia familiares, independientemente del familiar del que se trate, se asocia con un mayor estrés percibido.

Tabla 8. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en estrés percibido entre los cuatro grupos de carga de cuidados.

		Estrés percibido			
		Grupos de carga de cuidados			
		Grupo 1 (sin carga)	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Grupos de carga de cuidados	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,23*	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,31*	-0,09	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,26*	-0,04	0,04	-

Nota. * tamaño de efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

Por otra parte, al comparar el estrés mostrado por las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados ($x = 6,75$, $\sigma = 3,41$) con el estrés mostrado por aquellas mujeres que no perciben incidencias ($x = 4,69$, $\sigma = 3,03$), se observa que estas últimas muestran un estrés significativamente menor [$t(118) = -3,51$, $p = ,001$] en comparación con las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados.

3.1.3.5. Comparación de los indicadores de salud según la ayuda y los cuidados proporcionados.

En la tabla 9 se muestran los indicadores de salud según la ayuda proporcionada. Tal y como puede apreciarse en dicha tabla, la intensidad de ayuda económica correlaciona de forma negativa con la salud física y con la calidad de vida ($r = -,19$, $p = ,040$ y $r = -,23$, $p = ,010$, respectivamente), de forma que, a cuantos más familiares ayudan económicamente, peor salud física y peor calidad de vida muestran las mujeres estudiadas. Por su parte, la ayuda instrumental correlaciona de forma significativa y positiva con la ansiedad y la depresión ($r = ,19$, $p = ,036$ y $r = ,24$, $p = ,010$, respectivamente), de forma que, a mayor intensidad de la ayuda instrumental proporcionada, mayores niveles de ansiedad y depresión se observan en las mujeres estudiadas. La ayuda afectiva, sin embargo, no muestra relación con ningún indicador de salud evaluado.

Tabla 9. Relación entre la ayuda proporcionada y los indicadores de salud.

		Intensidad de cada tipo de ayuda		
		Económica	Instrumental	Afectiva
Satisfacción con la salud	Correlación de Pearson	-,14	-,16	,07
	Sig. (bilateral)	,132	,072	,438
	N	120	119	120
Autovaloración de la salud	Correlación de Pearson	-,12	-,13	,09
	Sig. (bilateral)	,192	,165	,310
	N	119	118	119
Salud física	Correlación de Pearson	-,19	-,13	,02
	Sig. (bilateral)	,040*	,151	,834
	N	120	119	120
Salud psicológica general	Correlación de Pearson	-,12	-,15	-,02
	Sig. (bilateral)	,193	,100	,858
	N	120	119	120
Ansiedad	Correlación de Pearson	,03	,19	,07
	Sig. (bilateral)	,763	,036*	,469
	N	118	117	118
Depresión	Correlación de Pearson	,04	,24	-,06
	Sig. (bilateral)	,639	,010*	,554
	N	114	113	114
Calidad de vida general	Correlación de Pearson	-,23	-,15	-,00
	Sig. (bilateral)	,010*	,093	,953
	N	120	119	120
Satisfacción vital	Correlación de Pearson	-,11	-,15	,01
	Sig. (bilateral)	,223	,095	,927
	N	120	119	120
Felicidad	Correlación de Pearson	-,06	-,06	,05
	Sig. (bilateral)	,542	,537	,598
	N	119	118	119
Cardiopatía	Correlación de Pearson	,03	,01	,10
	Sig. (bilateral)	,737	,941	,281
	N	119	118	119
Trastorno psiquiátrico	Correlación de Pearson	,01	-,16	-,09
	Sig. (bilateral)	,925	,076	,339
	N	119	118	199
Consumo hipnóticos	Correlación de Pearson	-,04	-,02	-,15
	Sig. (bilateral)	,635	,830	,094
	N	120	119	120
Consumo ansiolíticos	Correlación de Pearson	-,05	-,07	-,12
	Sig. (bilateral)	,552	,474	,201
	N	120	119	120

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En la tabla 10 se pueden observar los indicadores de bienestar subjetivo según los grupos de carga.

Tabla 10. Grupos de carga e indicadores de salud.

	Grupo 1 (sin carga)		Grupo 2 (carga nietos/nietas)		Grupo 3 (carga ascendientes)		Grupo 4 (doble carga)	
N	20		26		34		37	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Satisfacción con la salud	3,90	0,91	3,50	1,10	3,44	1,11	3,62	1,11
Autovaloración de salud	70,50	24,54	71,85	16,61	70,00	9,92	71,06	18,28
Salud física	3,42	0,73	3,35	0,44	3,35	1,57	3,37	0,50
Salud psicológica general	2,41	0,47	2,43	0,42	2,24	1,53	2,33	0,60
Ansiedad	2,95	2,80	3,00	2,76	2,35	2,96	3,46	2,90
Depresión	1,50	2,01	2,04	2,56	2,66	2,50	1,40	1,99
Calidad de vida general	3,75	0,97	3,54	1,10	3,26	1,05	3,46	0,93
Satisfacción vital	23,65	6,51	25,04	6,17	22,32	5,57	24,11	6,78
Felicidad	67,65	25,07	71,15	22,42	66,62	6,95	72,83	18,31
Cardiopatía	0,11	0,31	0,08	0,27	0,12	1,32	0,05	0,23
Enfermedad psiquiátrica	0,21	0,43	0,08	0,27	0,12	1,32	0,05	0,23
Consumo hipnóticos	1,30	2,10	1,35	2,13	1,09	1,94	1,11	2,06
Consumo ansiolíticos	1,05	2,16	1,42	2,33	1,29	2,14	0,30	1,15

Al comparar estadísticamente las puntuaciones globales no se encuentran diferencias significativas entre los grupos de carga en satisfacción con la salud [$F(3, 113) = 0,84$; $p = ,476$], autovaloración de la salud [$F(3, 112) = 0,47$; $p = ,986$], salud física [$F(3, 113) = 0,74$; $p = ,974$], salud psicológica general [$F(3, 113) = 0,77$; $p = ,511$], ansiedad [$F(3, 111) = 0,86$; $p = ,466$], depresión [$F(3, 107) = 1,97$; $p = ,123$], calidad de vida general [$F(3, 113) = 1,01$; $p = ,389$], satisfacción vital [$F(3, 113) = 0,91$; $p = ,438$] ni felicidad [$F(3, 112) = 0,66$; $p = ,575$]. Tampoco se encuentran diferencias significativas entre los grupos en los indicadores

adicionales de salud, que incluyen presencia de cardiopatías [$F(3, 112) = 0,33; p = ,801$], presencia de trastornos psiquiátricos [$F(3, 112) = 1,32; p = ,273$], consumo de hipnóticos [$F(3, 113) = 0,12; p = ,948$] y consumo de ansiolíticos [$F(3, 113) = 2,29; p = ,082$], salvo una significatividad residual en la presencia de trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto evaluado a través de la prueba d de Cohen sí muestra diferencias apreciables ($d \geq 0,20$) en determinadas comparaciones entre grupos. En el área de salud general, como se recoge en la tabla 11, se pueden observar tamaños de efecto bajo al comparar la satisfacción con la salud de las mujeres sin carga de cuidados (grupo 1) con respecto al resto de los grupos ($d = 0,40$ en el caso del grupo de carga de nietos y/o nietas, $d = 0,45$ en el caso del grupo de carga de ascendientes y $d = 0,27$ en el caso del grupo de doble carga). Es decir, las mujeres sin carga de cuidados (grupo 1) se muestran ligeramente más satisfechas con su salud que aquellas que tienen carga de cuidados (grupo 2, 3 y 4).

Tabla 11. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias de los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica entre los cuatro grupos de carga del cuidado.

Grupos de carga de cuidados		Grupos de carga			
		Grupo 1 (sin carga)	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Satisfacción con la salud	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	0,40*	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,45*	0,06	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,27*	-0,11	-0,16	-
Autovaloración de la salud	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,03	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,02	0,10	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,03	0,05	-0,06	-
Salud física	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	0,12	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,11	0,00	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,09	-0,04	-0,04	-
Salud psicológica general	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,05	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,34*	0,40*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,15	0,19	-0,16	-
Ansiedad	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,02	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,21*	0,23*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,18	-0,16	-0,38*	-
Depresión	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,24*	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,51**	-0,25*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,05	0,29*	0,57**	-

Nota. *tamaño del efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

En el área de salud física, sin embargo, no se observan tamaños de efecto reseñables en las comparaciones entre los grupos.

Ahora bien, en el área de salud psicológica (que comprende salud psicológica general, ansiedad y depresión), tal y como puede apreciarse en la tabla 11, se observan diferencias

destacables en diversos indicadores. En concreto, la salud psicológica general muestra tamaños de efecto bajos al comparar la puntuación obtenida por el grupo de mujeres que tiene carga de cuidados solo hacia ascendientes con respecto a la puntuación del grupo que no tiene carga ($d = 0,34$) y con respecto a la puntuación del grupo que solo tiene carga de cuidados hacia nietos y/o nietas ($d = 0,40$). Es decir, las mujeres que cuidan solo a sus ascendientes (grupo 3) muestran una salud psicológica general ligeramente peor que aquellas que no tienen carga y que aquellas que solo tienen carga hacia sus nietos y/o nietas.

Por otra parte, las puntuaciones de ansiedad muestran tamaños de efecto bajo ($d = 0,21$, $d = 0,23$ y $d = -0,38$) al comparar al grupo de mujeres que solo tiene carga de cuidados hacia sus ascendientes (grupo 3) con respecto al resto de los grupos. Así, las mujeres que solo tienen carga hacia sus ascendientes muestran una ansiedad ligeramente menor que el resto de las mujeres estudiadas. Asimismo, las puntuaciones de depresión muestran tamaños de efecto bajo ($d = -0,24$) al comparar el grupo de mujeres sin carga (grupo 1) con el grupo de mujeres que solo tiene carga hacia sus nietos y/o nietas (grupo 2). Al igual que el tamaño del efecto bajo ($d = -0,25$) en la relación entre dicho grupo (grupo 2) con respecto al grupo que solo tiene carga de cuidados hacia ascendientes (grupo 3). En cambio, se encuentran tamaños de efecto medio ($d = -0,51$) entre el grupo de mujeres sin carga (grupo 1) y el grupo de mujeres que solo tiene carga de cuidados hacia sus ascendientes (grupo 3). Al igual que el tamaño de efecto medio ($d = -0,57$) entre dicho grupo (grupo 3) y el caracterizado por una doble carga de cuidados (grupo 4). Es decir, las mujeres que no tienen carga de cuidados o que tienen doble carga de cuidados muestran un nivel de depresión ligeramente menor que aquellas que tienen carga de cuidados de nietos y/o nietas, y estas abuelas, a su vez, muestran un nivel de depresión menor que aquellas que solo tienen carga de cuidados hacia sus ascendientes. De manera análoga, las mujeres que solo cuidan a sus ascendientes muestran un nivel de depresión más acusado también que las mujeres que solo tienen carga de nietos y/o nietas.

Con respecto a los indicadores de bienestar subjetivo, tal y como se aprecia en la tabla 12, las pruebas de tamaño del efecto muestran diferencias a tener en cuenta en todos los indicadores analizados.

Tabla 12. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores de bienestar subjetivo entre los cuatro grupos de carga de cuidados.

Grupos de carga de cuidados		Grupos de carga de cuidados			
		Grupo 1 (sin carga)	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Calidad de vida general	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	0,21*	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,49*	0,27*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,31*	0,08	-0,21*	-
Satisfacción vital	Sin carga	-	-	-	-
	Carga nietos/nietas	-0,22*	-	-	-
	Carga ascendientes	0,21*	0,43*	-	-
	Con doble carga	-0,07	0,14	-0,27*	-
Felicidad	Sin carga	-	-	-	-
	Carga nietos/nietas	-0,15	-	-	-
	Carga ascendientes	0,05	0,24*	-	-
	Con doble carga	-0,25*	-0,08	-0,36*	-

Nota. *tamaño del efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

Con respecto a la calidad de vida, se observan diferencias con tamaño de efecto bajo entre prácticamente todos los grupos entre sí. Los únicos grupos que muestran una calidad de vida similar entre sí son el grupo de carga de cuidados solo a nietos y/o nietas (grupo 2) con respecto al grupo de doble carga de cuidados, ambos con una calidad de vida intermedia entre el grupo con mayor calidad de vida, el conformado por mujeres sin carga de cuidados (grupo 1), y el grupo con menor calidad de vida, el grupo conformado por mujeres con carga de cuidados solo hacia sus ascendientes (grupo 3). En cuanto a la satisfacción vital, las pruebas del tamaño del efecto muestran que el grupo con carga de cuidados solo hacia ascendientes

(grupo 3) presenta un nivel de satisfacción vital ligeramente inferior al de los otros tres grupos, con un tamaño del efecto bajo. Igualmente, también se encuentran diferencias con un tamaño del efecto bajo ($d = -0,22$) entre la satisfacción vital del grupo de mujeres sin carga (grupo 1) y el de mujeres con carga solo hacia nietos y/o nietas (grupo 2), mostrando este último grupo una satisfacción vital ligeramente superior al grupo sin carga de cuidados. Por último, con respecto a la felicidad, se encuentra un tamaño del efecto bajo en el contraste entre el grupo 4, caracterizado por la doble carga, que presenta mayor nivel de felicidad, frente al grupo 1, compuesto por mujeres sin carga y al grupo 3, caracterizado por tener carga solo de ascendientes ($d = -0,25$ y $d = -0,36$, respectivamente). Igualmente, el grupo 2, conformado por mujeres que tienen carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, presenta un nivel de felicidad mayor, con un tamaño del efecto bajo ($d = 0,24$), con respecto al grupo 3, caracterizado por la carga de cuidados solo hacia ascendientes.

Por último, los contrastes entre los grupos de carga en las puntuaciones en los indicadores adicionales de salud se pueden observar en la tabla 13.

Tabla 13. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores adicionales de salud entre los cuatro grupos de carga de cuidados.

		Grupos de carga de cuidados			
Grupos de carga de cuidados		Grupo 1 (sin carga)	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Cardiopatía	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	0,11	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,03	-0,14	-	-
	Grupo 4 (con doble carga)	0,24*	0,12	0,26*	-
Patología psiquiátrica	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	0,39*	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,25*	-0,14	-	-
	Grupo 4 (con doble carga)	0,53**	0,12	0,26*	-
Consumo Hipnóticos	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,02	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,11	0,13	-	-
	Grupo 4 (con doble carga)	0,09	0,12	-0,01	-
Consumo Ansiolíticos	Grupo 1 (sin carga)	-	-	-	-
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-0,17	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,11	0,06	-	-
	Grupo 4 (con doble carga)	0,49*	0,66**	0,59**	-

Nota. *tamaño del efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

Con respecto a la presencia de cardiopatías, se observa un tamaño de efecto bajo entre el grupo de mujeres con una doble carga con respecto al grupo de mujeres sin carga de cuidados ($d = 0,24$) y con respecto al grupo de mujeres con carga de cuidados hacia ascendientes ($d = 0,26$), siendo el grupo de la doble carga de cuidados el que presenta una presencia ligeramente menor de cardiopatías diagnosticadas. En cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos, se observa que hay un grupo que presenta una mayor presencia de estas patologías con respecto al resto. Concretamente se trata del grupo sin carga de cuidados, que se diferencia frente al resto con un tamaño de efecto moderado en el caso del grupo caracterizado por una doble carga de cuidados ($d = 0,53$) y con un tamaño de efecto bajo con respecto al grupo de carga de

cuidados hacia nietos y/o nietas ($d = 0,39$) y al grupo de carga hacia ascendientes ($d = 0,25$). Este último grupo (grupo 3), por otra parte, presenta un tamaño de efecto bajo ($d = 0,26$) con respecto al grupo de doble carga de cuidados. Es decir, las mujeres que no están asumiendo carga de cuidados (grupo 1) tienen una mayor presencia de trastornos psiquiátricos que aquellas que están asumiendo alguna carga de cuidados (grupos 2, 3 y 4), y de manera especial más que aquellas que están asumiendo una doble carga de cuidados (grupo 4), y al mismo tiempo, las que están asumiendo carga de cuidados hacia sus ascendientes (grupo 3) presentan ligeramente más trastornos psiquiátricos que las que asumen una doble carga de cuidados (grupo 4), siendo este último grupo, por tanto, el que presenta una menor presencia de trastornos psiquiátricos. Por otra parte, aunque no se aprecian diferencias en el contraste entre los grupos en función de su consumo de medicación hipnótica, sí se observa que el grupo de mujeres caracterizadas por una doble carga de cuidados (grupo 4) muestra un menor consumo de medicamentos ansiolíticos que el resto de los grupos y, especialmente, menor que el grupo de carga de cuidados hacia nietos y/o nietas ($d = 0,66$) y el grupo de carga de cuidados hacia ascendientes ($d = 0,59$).

Por otra parte, en la tabla 14 se muestra la comparación de las puntuaciones obtenidas por las mujeres participantes en los diferentes indicadores de bienestar en función de la percepción o no de incidencias derivadas de los cuidados.

Con respecto a la salud global autopercebida, como puede observarse en dicha tabla, las mujeres que perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados en sus vidas manifiestan una satisfacción con su salud significativamente menor que aquellas que no perciben incidencias derivadas de los cuidados [$t(118) = 2,64, p = ,010$], con un tamaño del efecto bajo ($d = 0,49$).

Con respecto a la salud física, tal y como se aprecia en la misma tabla, las mujeres que perciben incidencias por los cuidados muestran una salud física ligeramente inferior ($d = 0,33$)

a la mostrada por las mujeres que no perciben incidencias derivadas de los cuidados, con una significatividad residual [$t(118) = 1,79, p = ,077$].

Tabla 14. Comparación de medias de salud general, física y psicológica entre mujeres con percepción de incidencias negativas derivadas los cuidados con las mujeres sin percepción de incidencias.

	Percepción de incidencias	N	M	DE	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig (bilateral)	<i>d</i> de Cohen
Satisfacción con la salud	No	67	3,79	1,02	2,63	118	,010*	0,49*
	Sí	53	3,28	1,08				
Autovaloración de la salud	No	67	72,13	19,85	1,02	117	,312	0,19
	Sí	52	68,52	18,44				
Salud física	No	67	3,45	0,57	1,79	118	,077	0,33*
	Sí	53	3,27	0,49				
Salud psicológica general	No	67	2,46	0,46	3,32	118	,001**	0,62**
	Sí	51	2,15	0,56				
Ansiedad	No	64	2,66	2,27	-1,66	116	,099	-0,31*
	Sí	50	3,55	3,01				
Depresión	No	67	1,66	2,18	-1,62	97,65	,103	-0,31*
	Sí	53	2,38	2,51				

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En cuanto a la salud psicológica, como puede apreciarse en la misma tabla, las mujeres que perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados muestran una salud psicológica general significativamente menor que la mostrada por las mujeres que no perciben tales incidencias [$t(118) = 3,32, p = ,001$], con un tamaño de efecto moderado ($d = 0,62$). Asimismo, estas mujeres muestran un mayor número de síntomas de ansiedad y depresión, que, sin llegar a ser significativos, muestran un tamaño de efecto bajo ($d = -31$, en ambos casos), con una significación residual en el caso de la ansiedad [$t(116) = -1,66, p = ,099$].

En la tabla 15 se muestran las diferencias encontradas en los indicadores de bienestar subjetivo en mujeres con y sin percepción de incidencias derivadas de los cuidados.

Tabla 15. Comparación de medias de los indicadores de bienestar subjetivo y otros indicadores de salud entre mujeres que perciben incidencias negativas por los cuidados y las mujeres sin percepción de incidencias negativas.

	Percepción de incidencias	N	M	DE	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig (bilateral)	<i>d</i> de Cohen
Calidad de vida global	No	67	3,72	0,95	3,41	118	,001**	0,63
	Sí	52	3,09	1,04				
Satisfacción con la vida	No	66	25,33	6,11	3,13	103,97	,002**	0,59
	Sí	51	21,63	6,53				
Felicidad	No	66	73,14	21,15	2,17	112,54	,032*	0,40
	Sí	50	65,26	17,9				
Cardiopatía	No	66	0,08	0,267	-,360	117	,719	0,03
	Sí	53	0,09	0,295				
Trastorno psiquiátrico	No	66	0,12	0,329	,464	177	,644	-0,09
	Sí	53	0,09	0,295				
Consumo hipnóticos	No	67	1,06	1,898	-,611	118	,542	,011
	Sí	53	1,28	2,097				
Consumo ansiolíticos	No	67	0,82	1,858	-,761	118	,448	0,13
	Sí	53	1,09	2,069				

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En dicha tabla se pueden observar diferencias significativas en los tres indicadores analizados: calidad de vida [$t(118) = 3,41; p = ,001$], satisfacción vital [$t(103,97) = 3,13; p = ,002$] y felicidad [$t(112,54) = 2,17; p = ,032$]. El tamaño de efecto de las diferencias entre los grupos es moderado para las variables calidad de vida general ($d = 0,63$) y satisfacción vital ($d = 0,59$) y bajo para la variable felicidad ($d = 0,40$). Es decir, aquellas mujeres que perciben incidencias negativas en su vida derivadas de los cuidados asumidos muestran significativamente menos calidad de vida, menos satisfacción vital y menos felicidad que aquellas que no perciben tales incidencias, siendo mayores las diferencias encontradas en la calidad de vida y en la satisfacción vital que en la felicidad.

Por último, en cuanto a los indicadores adicionales de salud, en la misma tabla se aprecia que no existen diferencias significativas en estos indicadores entre las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados y las que no.

3.1.3.6. Indicadores de ajuste biopsicosocial según el grupo de carga de cuidados en aquellas mujeres en las que sí existe percepción de incidencias negativas derivadas de la ayuda prestada.

A continuación, se analiza específicamente a las mujeres que perciben que la ayuda en las actividades básicas de la vida diaria que proporcionan a sus familiares les ocasiona incidencias negativas sobre en su propia vida en referencia al grupo de carga en el que se encuentran.

En la tabla 16 se muestra el estrés percibido por aquellas mujeres que perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados, en su conjunto y según el grupo de carga de cuidados en el que se encuentran. Anteriormente no se ha mostrado el dato del estrés percibido por las mujeres sin agrupar porque este coincidía con el dato del estrés percibido general de la muestra. Sin embargo, en dicha tabla se muestra el estrés percibido específicamente de aquellas mujeres que sí perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados, información que no ha sido mostrada con anterioridad.

Tabla 16. Estrés percibido por las mujeres que perciben incidencias negativas por los cuidados, agrupadas por los cuatro grupos de carga y sin agrupar.

	Sin agrupar		Grupo 1 (sin carga)		Grupo 2 (carga nietos/nietas)		Grupo 3 (carga ascendientes)		Grupo 4 (doble carga)	
N	53		1		9		22		19	
Estrés percibido	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
	6,75	3,41	3	n/a	5,44	2,74	7,42	3,35	6,73	2,73

Al comparar estadísticamente las puntuaciones en el estrés percibido por estas mujeres que perciben incidencias negativas por los cuidados, no se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos de carga de cuidados establecidos ($F = ,523, p = ,596$). Es decir, entre aquellas personas que perciben incidencias por los cuidados, no se aprecian diferencias significativas en su percepción del estrés en función del grupo de carga de cuidados en el que se encuentren clasificadas. Sin embargo, al contrastar las puntuaciones de los tres grupos con carga de cuidados en base a su tamaño de efecto, como se muestra en la tabla 17, se observan diferencias relevantes entre ellos.

Tabla 17. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en el estrés percibido entre los tres grupos con carga de cuidados en las mujeres que sí perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados.

		Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Carga de cuidados	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,65**	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,39*	0,20*	-

* tamaño de efecto bajo, **tamaño de efecto moderado

Como puede observarse en la tabla 17, la mayor diferencia, con un tamaño de efecto moderado ($d = -0,65$), se encuentra entre el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas (grupo 2) y el grupo de carga de cuidados solo hacia familiares ascendientes (grupo 3), seguida por la diferencia entre el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas (grupo 2) y el grupo de doble carga de cuidados (grupo 4), con un tamaño de efecto bajo ($d = -0,39$). Es decir, se aprecian leves diferencias en el estrés percibido en cada uno de los grupos, siendo más destacada la diferencia entre el grupo 2 y el grupo 3, pero también la diferencia entre el grupo 2 y el grupo 4, de forma que las mujeres que solo tienen carga de cuidados hacia nietos y/o nietas muestran claramente menos estrés que aquellas que solo tienen carga de cuidados

solo hacia ascendientes y ligeramente menos estrés que aquellas que tienen doble carga de cuidados.

Si se atiende a los indicadores de salud que muestran las personas que manifiestan percibir incidencias negativas en su propia vida a consecuencia de la asunción de cuidados, como puede apreciarse en la tabla 18, únicamente se encuentran diferencias significativas en función del grupo de carga en el nivel de depresión ($F = 8,59, p = ,001$).

Tabla 18. Diferencias en los indicadores de salud según el grupo de carga en las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Satisfacción con la salud	Entre grupos	2,43	2	1,22	1,01	,371
	Dentro de grupos	56,45	47	1,20		
	Total	58,88	49			
Autovaloración de salud	Entre grupos	566,22	2	283,11	0,80	,456
	Dentro de grupos	16301,17	46	354,37		
	Total	16867,39	48			
Salud física	Entre grupos	0,54	2	0,27	1,10	,340
	Dentro de grupos	11,59	47	0,25		
	Total	12,14	49			
Salud psicológica general	Entre grupos	1,190	2	0,59	1,88	,164
	Dentro de grupos	14,86	47	0,32		
	Total	16,05	49			
Ansiedad	Entre grupos	19,89	2	9,91	1,13	,333
	Dentro de grupos	395,66	45	8,79		
	Total	415,48	47			
Depresión	Entre grupos	75,86	2	37,93	8,59	,001**
	Dentro de grupos	194,35	44	4,42		
	Total	270,21	46			
Calidad de vida general	Entre grupos	1,90	2	0,95	0,91	,408
	Dentro de grupos	48,61	47	1,03		
	Total	50,50	49			
Satisfacción vital	Entre grupos	83,73	2	41,87	0,98	,383
	Dentro de grupos	2006,77	47	42,70		
	Total	2090,50	49			
Felicidad	Entre grupos	1003,15	2	501,57	1,59	0,214
	Dentro de grupos	14490,77	46	315,02		
	Total	15493,92	48			
Cardiopatía	Entre grupos	0,05	2	0,02	0,30	0,739
	Dentro de grupos	3,63	47	0,08		
	Total	3,68	49			
Trastornos psiquiátricos	Entre grupos	0,13	2	0,06	0,70	0,501
	Dentro de grupos	4,37	47	0,09		
	Total	4,50	49			
Consumo hipnóticos	Entre grupos	5,78	2	2,89	0,62	0,540
	Dentro de grupos	217,74	47	4,63		
	Total	223,52	49			
Consumo ansiolíticos	Entre grupos	18,69	2	9,35	2,20	0,123
	Dentro de grupos	200,03	47	4,26		
	Total	218,72	49			

Nota. ** $p < ,01$.

Al contrastar las puntuaciones entre los grupos en base a su tamaño de efecto, se aprecian sin embargo diferencias relevantes en todos los indicadores de salud analizados.

Tal y como se muestra en la tabla 19, donde se recogen los contrastes entre los grupos de las puntuaciones obtenidas en los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica, las dos variables de salud global autopercebida presentan el mismo patrón: el grupo de mujeres con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas muestra mayor satisfacción con la salud y mejor autovaloración de su salud que los otros dos grupos, diferenciándose más claramente en ambos casos del grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes, con un tamaño de efecto moderado ($d = 0,60$ en el caso de satisfacción con la salud y $d = 0,53$ en el caso de autovaloración de la salud) y en menor medida del grupo de doble carga de cuidados, con un tamaño de efecto moderado en el caso de la satisfacción con la salud ($d = 0,50$) y con un tamaño de efecto bajo en el caso de la de la salud ($d = 0,43$).

Con respecto a la salud física, se observa un patrón parecido. Es de nuevo el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes el que muestra una menor salud física que los otros dos grupos, pero las diferencias muestran en ambos casos un tamaño de efecto bajo ($d = 0,48$ en el contraste con el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas y $d = -0,40$ en el contraste con el grupo de doble carga de cuidados).

En cuanto a la salud psicológica, como se puede apreciar en la misma tabla, es en esta área donde se aprecian las mayores diferencias entre los grupos. El grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes muestra una salud psicológica general menor que el grupo de doble carga de cuidados ($d = 0,29$) y claramente menor que el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, con un tamaño de efecto grande ($d = 0,94$). Con respecto a la depresión, que es la única variable con contrastes estadísticamente significativos entre los grupos, el grupo de carga de cuidados hacia ascendientes muestra una puntuación significativamente mayor con respecto a los otros dos grupos, con un tamaño de efecto grande en ambos casos, siendo más

destacada la diferencia con respecto al grupo de carga de cuidados solo de nietos y/o nietas ($d = -1,45$) que con respecto al grupo de doble carga ($d = 1,10$). A su vez, la diferencia de estos dos grupos entre sí (el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas y el grupo de doble carga de cuidados), aun siendo menor, también muestra cierto tamaño de efecto, esta vez de magnitud baja ($d = -0,32$). Con respecto a la variable ansiedad, en cambio, se observa que es el grupo de doble carga de cuidados el que muestra una puntuación claramente mayor que el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, con un tamaño de efecto moderado ($d = -0,66$) pero también mayor que el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes, aunque con un tamaño de efecto bajo ($d = -0,23$); al mismo tiempo, entre estos dos grupos (grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas y grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes) se observa también un tamaño de efecto apreciable, esta vez de magnitud baja ($d = -0,35$).

Tabla 19. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, entre los tres grupos de carga de cuidados.

		Grupos de carga de cuidados		
	Grupos de carga de cuidados	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Satisfacción con la salud	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,60**	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,50**	-0,10	-
Autovaloración de la salud	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,53**	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,43*	-0,10	-
Salud física	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,48*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,07	-0,40*	-
Salud psicológica general	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,94***	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,29*	-0,42*	-
Ansiedad	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,39*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,66**	-0,23*	-
Depresión	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-1,45***	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,32*	1,10***	-

Nota. *tamaño del efecto bajo, ** tamaño de efecto medio, *** tamaño de efecto grande.

En la tabla 20 se muestran las diferencias entre los indicadores de bienestar subjetivo analizados. Se aprecia en esta tabla como el grupo de mujeres caracterizadas por asumir una doble carga de cuidados muestra una mejor calidad de vida que las mujeres de los otros dos grupos de carga de cuidados, mostrando un tamaño de efecto bajo en ambos contrastes ($d = -0,45$ con respecto a la carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas y $d = -0,37$ con respecto a la carga de cuidados solo hacia ascendientes). Asimismo, también se observa que el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes es el que muestra una menor satisfacción vital, diferenciándose con un tamaño de efecto moderado con respecto al grupo de carga de cuidados

solo hacia nietos y/o nietas ($d = 0,54$) y con un tamaño de efecto bajo con respecto al grupo de doble carga de cuidados ($d = -0,35$). Por último, con respecto al indicador de felicidad en la misma tabla se aprecia que el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes es de nuevo el que muestra una felicidad ligeramente inferior que la que muestran los otros dos grupos de carga, con un tamaño de efecto bajo en el contraste con el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas ($d = 0,39$) y moderado en el contraste con el grupo de doble carga de cuidados ($d = -0,62$).

Tabla 20. Diferencias en los indicadores de bienestar subjetivo en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, por grupos de carga del cuidado.

		Grupos de carga de cuidados		
		Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Calidad de vida	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,06	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,45*	-0,37*	-
Satisfacción vital	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,54**	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,19	-0,35*	-
Felicidad	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,39*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,18	-0,62**	-

Nota. * tamaño de efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

En cuanto a los indicadores adicionales de salud, cuyos contrastes de tamaño de efecto estimados en base a la d de Cohen pueden apreciarse en la tabla 21, tanto en el caso de la presencia de cardiopatías como en el caso de la presencia de trastornos psiquiátricos, se observa que el grupo caracterizado por una doble carga de cuidados presenta una puntuación ligeramente inferior a la mostrada por los otros dos grupos, con un tamaño de efecto bajo. Es

decir, las mujeres caracterizadas por una doble carga de cuidados muestran una ligera menor presencia de cardiopatías y trastornos psiquiátricos que las mujeres clasificadas en los otros dos grupos de carga. Con respecto al consumo de hipnóticos y ansiolíticos, se observa un patrón diferente. Mientras el consumo de hipnóticos es menor en el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas que en los otros dos grupos, con un tamaño de efecto bajo en ambos casos ($d = 0,49$ en la comparación con el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes y $d = 0,36$ en la comparación con el grupo de doble carga de cuidados), el consumo de ansiolíticos es menor en el grupo de doble carga de cuidados, con un tamaño de efecto moderado ($d = 0,69$) con respecto al grupo de carga de cuidados hacia ascendientes y con un tamaño de efecto bajo ($d = 0,49$) con respecto al grupo de carga hacia nietos y/o nietas. Por su parte, la diferencia entre el consumo de ansiolíticos entre el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes y el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas es bajo ($d = -0,22$), mostrando el grupo de carga de cuidados hacia nietos y/o nietas un consumo de ansiolíticos ligeramente menor que el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes.

Tabla 21. Diferencias en los indicadores adicionales de salud en las mujeres con incidencia negativa de los cuidados sobre su vida, por grupos de carga del cuidado.

Grupos de carga de cuidados		Grupos de carga del cuidado		
		Grupo 2 (carga nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Cardiopatía	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	0,02	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,27*	0,23*	-
Trastorno psiquiátrico	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,13	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,27*	0,39*	-
Consumo hipnóticos	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,49*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	-0,36*	0,10	-
Consumo ansiolíticos	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	-	-	-
	Grupo 3 (carga ascendientes)	-0,22*	-	-
	Grupo 4 (doble carga)	0,49*	0,69**	-

*Nota. * tamaño de efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.*

3.1.4. Conclusiones del estudio 1

En conclusión, este primer estudio confirma que gran parte de este colectivo de abuelas de la generación sándwich presta ayuda económica, instrumental y/o afectiva a sus familiares (96,67%) y asume cuidados familiares hacia ascendientes y/o descendientes de segundo grado de manera habitual (82,90%), siendo la situación más común la de doble carga de cuidados hacia ambos tipos de familiares de manera simultánea (31,62% del total de mujeres estudiadas). Además, la mayor parte de las mujeres que manifiestan prestar ayuda instrumental a sus familiares para las actividades de la vida diaria lo hacen desde hace más de 3 años, tanto en el caso de la ayuda hacia familiares ascendientes (69,8%) como en el caso de la ayuda hacia nietos y/o nietas (63,5%), luego se trata mayoritariamente de cuidados no solo habituales sino también continuados.

A pesar de la gran cantidad de carga de cuidados que estas mujeres están asumiendo, en términos generales presentan un nivel de estrés y salud adecuado. No obstante, es importante señalar que cerca de la mitad de las participantes (44,02%) percibe que, a causa de estar prestando esos cuidados, están sufriendo incidencias negativas sobre sus vidas, ya sea a nivel económico, laboral, personal, familiar o social. Esto supone que el rol que están desempeñando en sus familias y la labor social que están realizando no es inocua, sino que les supone un coste del que son conscientes.

Además, también se aprecia que tanto la intensidad de ayuda económica como la intensidad de ayuda instrumental se relaciona con un mayor estrés percibido por estas mujeres, y que aquellas que están asumiendo cuidados hacia sus nietos y/o nietas, hacia sus ascendientes o hacia ambas generaciones simultáneamente perciben un estrés ligeramente superior que aquellas mujeres que no asumen dicha carga de cuidados.

Por otra parte, al observar a este grupo de mujeres que manifiestan tener incidencias negativas por los cuidados, se comprueba que también presentan un mayor nivel de estrés, una menor salud global autopercebida, una peor salud psicológica y un menor bienestar subjetivo. Luego esas incidencias por el cuidado que las personas manifiestan tienen un correlato en su ajuste biopsicosocial. Este correlato sigue además diferentes patrones en función del tipo de carga asumida y de la relación de parentesco que tienen con la persona o las personas a las que atienden.

Dentro de este grupo de mujeres con incidencias negativas, las abuelas que se encuentran en el grupo de carga de cuidados solo hacia sus ascendientes tienden a mostrar los peores resultados en prácticamente todos los indicadores de salud evaluados, diferenciándose en cada indicador en mayor o menor medida con respecto a uno o a los dos grupos de abuelas que tienen carga de cuidados hacia sus nietos y/o nietas. Sorprendentemente, el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes y el grupo de doble carga de cuidados se parecen entre sí

en cuanto a sus indicadores de bienestar, mientras que el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes, que se parece menos a cualquiera de ellos, muestra un peor ajuste biopsicosocial.

Se observa, por tanto, que no siempre una doble carga, siendo una carga objetivamente mayor, se corresponde con un menor ajuste biopsicosocial y que el cuidado de nietos y/o nietas está asociado a un mayor bienestar, por lo que este tipo de cuidados podría estar jugando cierto papel protector en el ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.

3.1.5. Difusión de los resultados del estudio 1

Los resultados parciales de este estudio han sido difundidos en dos comunicaciones orales, una de las cuales ha recibido el primer premio Rocío Fernández Ballesteros a la mejor comunicación oral en las *III Jornadas Nacionales sobre Psicología del Envejecimiento*, y se encuentran actualmente en proceso de revisión para su publicación en revista científica.

- Manuscrito en proceso de revisión:

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (en revisión). Bienestar subjetivo en abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y/o descendientes de segundo grado. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*.

- Comunicaciones científicas:

Luna, S., Ramos, P., & Rivera, F. (2016, Octubre). Abuelas y cuidados múltiples en familias de cuatro generaciones. En M. Nevado Rey (Presidencia). Comunicación oral llevada a cabo en las *III Jornadas Nacionales sobre Psicología del Envejecimiento*, Madrid, España. Primer premio Rocío Fernández Ballesteros a la mejor comunicación oral en las *III Jornadas Nacionales sobre Psicología del Envejecimiento*.

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (2016, Noviembre). Relaciones intergeneracionales y carga del cuidado en familias de cuatro generaciones. En M.C. Moreno Rodríguez (Presidencia). Comunicación oral llevada a cabo en *I Jornada Intervención y Mediación Familiar*, Sevilla, España.

Estudio 2: Estrategias de afrontamiento del estrés y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.

3.2.1. Objetivos del estudio 2.

El objetivo general de este estudio es conocer la relación existente entre las estrategias de afrontamiento empleadas por la segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones y su ajuste biopsicosocial.

Los objetivos específicos de este estudio son:

3.2.1.1. Conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés que las mujeres estudiadas emplean con más frecuencia.

3.2.1.2. Determinar si existen pautas o estilos diferentes en el uso de las estrategias de afrontamiento entre estas mujeres, estableciendo, en su caso, una clasificación de las mujeres estudiadas en función del tipo de afrontamiento mostrado.

3.2.1.3. Conocer la relación existente entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra y la intensidad de cada tipo de ayuda y de cuidados que proporciona a sus familiares.

3.2.1.4. Conocer si existe alguna relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por estas mujeres y su nivel de estrés percibido.

3.2.1.5. Conocer si existe alguna relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres estudiadas y diferentes medidas referentes a su salud.

3.2.1.6. Conocer si la relación entre la ayuda prestada y la salud de las mujeres estudiadas está mediada por el nivel de estrés percibido y si el nivel de estrés, a su vez, está influido por el uso de determinadas estrategias de afrontamiento.

3.2.2. Metodología específica del estudio 2.

3.2.2.1. Muestra del estudio.

En este estudio participó el total de la muestra recogida en la presente tesis doctoral: 149 mujeres del suroeste de España que cumplían los siguientes criterios de inclusión: por una parte, ser abuela y, por otra, tener algún ascendente directo vivo (padre, madre, suegro y/o suegra). Los criterios de exclusión empleados fueron los generales, por lo que no se incluyeron en el estudio a mujeres que padecieran alguna patología mental grave y/o que le impidiera comprender la entrevista, que no hablaran correctamente el idioma o no firmasen el consentimiento informado. El resto de características sociodemográficas de la muestra puede consultarse en el capítulo 2, correspondiente a la metodología general de esta tesis doctoral.

3.2.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.

En este estudio se ha evaluado la intensidad de cada tipo de ayuda proporcionada y se han tenido en cuenta los cuatro grupos establecidos en base a la carga de cuidados asumida por las abuelas de la generación sándwich. Los detalles de dichas variables se describen en el capítulo 2, dedicado a la metodología general de la presente tesis doctoral.

Las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas por estas mujeres se han evaluado a través del cuestionario COPE-28. Se ha evaluado el nivel de estrés ha sido evaluado a través de la escala de estrés percibido PSS-4. Para conocer su estado de salud se han evaluado la salud general autopercebida, la salud física, la salud psicológica (mediante las correspondientes subescalas del cuestionario WHOQOL-BREF y el cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg). Adicionalmente, se ha evaluado también su bienestar subjetivo a través de sus componentes calidad de vida general (mediante la subescala del WHOQOL-BREF del mismo nombre), satisfacción vital (mediante la escala de satisfacción vital de Diener) y felicidad (mediante la adaptación de la escalera de la vida de Gallup). Puede consultarse el detalle de

estos instrumentos en el capítulo 2, dedicado a la metodología general de los cinco estudios que componen la presente tesis doctoral.

3.2.2.3. *Análisis de datos.*

Para dar respuesta al objetivo específico 3.2.1.1. se han realizado análisis estadísticos descriptivos de la muestra en las variables analizadas. Para conocer la posible existencia de diferentes patrones de uso de las estrategias de afrontamiento en estas mujeres y así responder al objetivo 3.2.1.2., se ha realizado un análisis de clúster bietápico para saber cómo se clasifican las mujeres estudiadas en esta dimensión. En un análisis preliminar, se incluyeron todas las estrategias evaluadas, se comprobó su valor predictivo y se analizaron los valores atípicos. Tras este análisis, se descartaron las estrategias con menor valor predictivo.

Para realizar los análisis comparativos que permiten dar respuesta a los objetivos específicos 3.2.1.3., 3.2.1.4. y 3.2.1.5., se emplearon el coeficiente de correlación de Pearson para el establecimiento de posibles relaciones bivariadas y las pruebas estadísticas Chi-cuadrado y *t* de Student para comparación de medias. Para determinar los tamaños de efecto se emplearon las pruebas *d* de Cohen (de 0 a 0,2, efecto despreciable; de 0,20 a 0,49, pequeño; de 0,50 a 0,79, medio; y a partir de 0,80, tamaño de efecto grande) y eta-cuadrado (de 0 a 0,009, despreciable; de 0,010 a 0,089, tamaño de efecto bajo; de 0,090 a 0,249, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,250, tamaño de efecto grande).

Para el análisis de los posibles efectos de mediación necesarios para la consecución del objetivo específico 3.2.1.6. se ha empleado el procedimiento de mediación simple, también denominado análisis de efectos directos e indirectos.

También para dicho objetivo específico se ha realizado un análisis multivariante. En concreto, se ha realizado un modelo de ecuaciones estructurales, mediante el método de estimación de Máxima Verosimilitud (MV). El estudio del ajuste de los diferentes modelos se ha realizado a partir de diferentes índices de ajuste absoluto (X^2 y X^2/df), medidas basadas en

los residuos (SRMR), índices de ajuste comparativo (NNFI, CFI, IFI y AGFI) y medidas de errores de aproximación (RMSEA y SRMR). Para analizar posibles mejoras del modelo, se emplearon la prueba de Lagrange Multiplier (LMtest) y el test de Wald. En el apartado análisis de datos general del capítulo 2 se pueden consultar más detalles sobre la metodología empleada para en la realización de los modelos de ecuaciones estructurales.

3.2.3. Resultados del estudio 2.

3.2.3.1. Estrategias de afrontamiento utilizadas por las abuelas de la generación sándwich y su clasificación en función de esta variable.

Las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas con más frecuencia por estas mujeres son el afrontamiento activo, la planificación, el uso del apoyo emocional y la aceptación, tal y como se muestra en la tabla 22; mientras que el consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento tiene una presencia muy residual en esta muestra.

Tabla 22. Frecuencia de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Afrontamiento activo	62	4,60	1,34	1	6
Planificación	62	3,52	1,50	0	6
Apoyo instrumental	62	3,10	1,69	0	6
Apoyo emocional	62	3,53	1,60	0	6
Autodistracción	62	3,08	1,84	0	6
Desahogo	62	2,56	1,50	0	6
Desconexión conductual	62	0,44	0,84	0	4
Reinterpretación positiva	62	3,47	1,50	0	6
Negación	62	1,26	1,48	0	6
Aceptación	62	4,31	1,47	0	6
Religión	62	2,87	2,00	0	6
Uso de sustancias	63	0,06	0,30	0	2
Humor	62	1,31	1,56	0	6
Autoinculpación	62	2,31	1,47	0	6

Posteriormente se ha realizado un análisis de clúster bietápico sobre estas estrategias de afrontamiento. El análisis preliminar de la adecuación de las variables al análisis de clúster bietápico, indicó que las estrategias basadas en autodistracción, Autoinculpación, religión, humor, desahogo y uso de sustancias tenían un bajo valor predictivo, por lo que fueron excluidas de la estimación de los clúster.

El resultado de este análisis de clasificación ofreció dos grupos de mujeres claramente diferenciados en base a las estrategias de afrontamiento que presentan. El primer grupo, mayoritario (72,2%), se caracteriza por el empleo de estrategias de afrontamiento de tipo aproximativo, dirigidas bien a gestionar la situación problemática o bien a regular la emoción que ésta provoca. En concreto, se caracteriza por el uso frecuente de afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social, apoyo emocional, desahogo (que pese a no tener valor predictivo, sí mostró una distribución desigual en los grupos), reinterpretación positiva, humor (que, al igual que la estrategia de desahogo, aunque tampoco tenía valor predictivo, también mostró una distribución desigual en los grupos) y aceptación. El segundo grupo, más pequeño que el anterior (27,8%), se caracteriza por un escaso empleo de estrategias de afrontamiento aproximativas y por el uso, en cambio, de estrategias de tipo evitativo, como son la negación y la desconexión conductual.

Las diferencias encontradas entre los grupos y las magnitudes de dichas diferencias se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Diferencias de medias entre los dos grupos clasificados en las diferentes estrategias de afrontamiento.

		N	M	DE	t	p	d de Cohen	Tamaño de efecto
Afrontamiento activo	Grupo 1	104	4,88	1,11	4,87	,000	0,91***	grande
	Grupo 2	40	3,73	1,65				
Planificación	Grupo 1	104	3,66	1,44	2,81	,006	0,53**	Medio
	Grupo 2	40	2,93	1,35				
Apoyo instrumental	Grupo 1	104	3,41	1,54	5,03	,000	0,94***	grande
	Grupo 2	40	2,03	1,31				
Apoyo emocional	Grupo 1	104	4,15	1,43	6,24	,000	1,17***	grande
	Grupo 2	40	2,45	1,55				
Autodistracción	Grupo 1	104	3,03	1,89	-0,36	,720	0,06	despreciable
	Grupo 2	40	2,93	1,40				
Desahogo	Grupo 1	104	2,68	1,50	3,33	,001	0,62**	Medio
	Grupo 2	40	1,78	1,39				
Desconexión conductual	Grupo 1	104	,20	,51	-5,29	,000	-0,99***	grande
	Grupo 2	40	,98	1,25				
Reinterpretación positiva	Grupo 1	104	3,98	1,36	5,67	,000	1,06***	grande
	Grupo 2	40	2,60	1,17				
Negación	Grupo 1	104	0,92	1,17	-3,98	,000	-0,75**	Medio
	Grupo 2	40	1,85	1,44				
Aceptación	Grupo 1	104	4,80	1,08	6,94	,000	1,30***	grande
	Grupo 2	40	3,25	1,46				
Religión	Grupo 1	104	2,95	2,05	-1,09	,278	0,20*	Bajo
	Grupo 2	40	2,55	1,80				
Uso de sustancias	Grupo 1	104	,09	,37	0,52	,605	-0,10	despreciable
	Grupo 2	40	,13	,46				
Humor	Grupo 1	104	1,97	1,78	3,38	,001	0,63**	Medio
	Grupo 2	40	,93	1,31				
Autoinculpación	Grupo 1	104	2,34	1,46	-0,04	,967	0,01	despreciable
	Grupo 2	40	2,33	1,64				

*Nota. * tamaño de efecto bajo, ** tamaño de efecto medio, *** tamaño de efecto grande.*

Tal y como se muestra en la tabla 23, las diferencias encontradas entre los grupos (grupo 1 y grupo 2) en el empleo de las estrategias indicadas son significativas ($p < ,01$), con tamaños de efecto medio -como en el caso de planificación, desahogo, humor y negación- o grande - como sucede con las estrategias de afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación y desconexión conductual-. Es decir, el grupo de afrontamiento del estrés de tipo aproximativo (grupo 1) muestra un uso significativamente mayor de las estrategias planificación, desahogo y humor, y un uso significativamente menor de la estrategia de negación que el grupo de afrontamiento del estrés de tipo evitativo (grupo 2). Sin embargo, se aprecian aún mayores diferencias entre los grupos en el uso de las estrategias afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación y desconexión conductual; el grupo de afrontamiento aproximativo (grupo 1) es el que muestra un mayor uso de dichas estrategias, con la única excepción de la desconexión conductual, que es usado con más frecuencia por el grupo de afrontamiento evitativo (grupo 2).

3.2.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos por las abuelas de la generación sándwich y su tipo de afrontamiento.

Como puede observarse en la tabla 24, la intensidad de cada tipo de ayuda proporcionada no guarda relación con el tipo de afrontamiento desplegado (aproximativo o evitativo) ni con ninguna estrategia de afrontamiento en concreto, salvo en el caso de la estrategia de autodistracción, que correlaciona negativamente con la ayuda afectiva ($r = -,21, p = ,022$). Es decir, aunque en términos generales ni el tipo de afrontamiento ni ninguna estrategia de afrontamiento en concreto se relaciona con una mayor o menor intensidad de ayuda de tipo económico, instrumental o afectivo; sí se encuentra que las mujeres que utilizan estrategias de afrontamiento relacionadas con la autodistracción ofrecen menos ayuda de tipo afectivo.

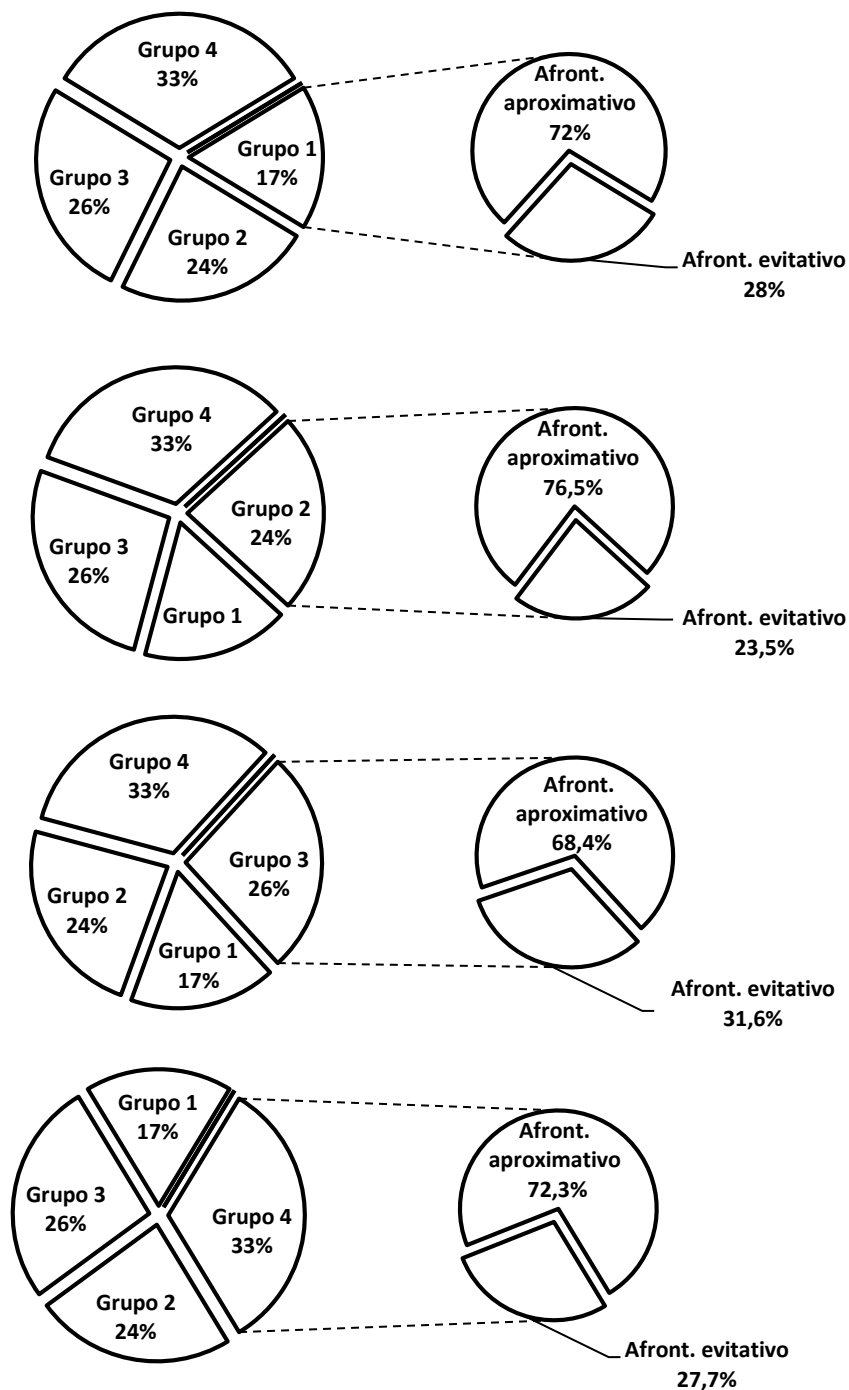
Tabla 24. Relación entre la intensidad de cada tipo de ayuda y el afrontamiento empleado.

		Intensidad de la ayuda		
		Económica	Instrumental	Afectiva
Tipo de afrontamiento	Correlación de Pearson	-,08	-,03	,02
	Sig. (bilateral)	,372	,764	,863
	N	118	118	118
Afrontamiento Activo	Correlación de Pearson	-,08	-,02	-,05
	Sig. (bilateral)	,404	,787	,579
	N	118	118	118
Planificación	Correlación de Pearson	,11	,03	,13
	Sig. (bilateral)	,244	,711	,174
	N	118	118	118
Apoyo instrumental	Correlación de Pearson	-,06	-,01	-,05
	Sig. (bilateral)	,530	,888	,621
	N	118	118	118
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	-,13	,06	,02
	Sig. (bilateral)	,153	,540	,812
	N	118	118	118
Autodistracción	Correlación de Pearson	-0,03	,12	-,21
	Sig. (bilateral)	,784	,184	,022*
	N	118	118	118
Desahogo	Correlación de Pearson	-,06	,17	-,13
	Sig. (bilateral)	,482	,070	,166
	N	118	118	118
Desconexión conductual	Correlación de Pearson	-,07	-,08	-,05
	Sig. (bilateral)	,418	,404	,583
	N	118	118	118
Reinterpretación positiva	Correlación de Pearson	,04	-,12	-,13
	Sig. (bilateral)	,699	,184	,150
	N	118	118	118
Negación	Correlación de Pearson	-,04	-,01	-,13
	Sig. (bilateral)	,625	,893	,153
	N	118	118	118
Aceptación	Correlación de Pearson	,02	-,05	-,01
	Sig. (bilateral)	,806	,563	,894
	N	118	118	118
Religión	Correlación de Pearson	-0,01	-,13	-,04
	Sig. (bilateral)	,896	,162	,628
	N	118	118	118
Uso de sustancias	Correlación de Pearson	-,10	-,12	-,05
	Sig. (bilateral)	,258	,178	,622
	N	119	119	119
Humor	Correlación de Pearson	-,04	,03	-,02
	Sig. (bilateral)	,701	,768	,865
	N	118	118	118
Autoinculpación	Correlación de Pearson	-,08	-,04	-,06
	Sig. (bilateral)	,401	,627	,499
	N	118	118	118

Nota. * $p < ,05$.

En la figura 5 puede apreciarse la distribución del tipo de afrontamiento empleado por las mujeres estudiadas según el grupo de carga de cuidados en el que se encuentren. Al observar dicha figura puede apreciarse que el grupo de mujeres con carga de cuidados solo hacia ascendientes muestra una proporción ligeramente menor de afrontamiento de tipo aproximativo que el resto, siendo el único grupo cuyo empleo del afrontamiento aproximativo se encuentra por debajo del 70%, mientras que el grupo de mujeres que tiene carga de cuidados hacia nietos y/o nietas muestra un empleo ligeramente mayor de este tipo de afrontamiento. Sin embargo, al aplicar la prueba de significación estadística Chi-cuadrado no se aprecian una diferencia significativa en dicha distribución ($\chi^2 = 0,58$, $p = ,901$). Es decir, el uso de un tipo u otro de afrontamiento no aparece asociado de forma significativa a ningún grupo de carga de cuidados en particular.

Figura 5. Distribución del tipo de afrontamiento desplegado en cada grupo de carga de cuidados.



Por otra parte, al comparar el tipo de afrontamiento empleado por las mujeres que perciben incidencias por los cuidados con aquellas que no perciben incidencias, no se aprecian diferencias significativas entre ellas ($\chi^2 = 0,085$, $p = ,770$).

3.2.3.3. Relación entre tipo de afrontamiento y el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas.

A continuación se analiza la relación de las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por las abuelas de la generación sándwich y su nivel de ajuste biopsicosocial, categorizando las estrategias de afrontamiento en los dos clúster hallados previamente.

Así, con respecto al estrés percibido por estas mujeres, en la tabla 25 puede observarse que la diferencia de medias entre los dos grupos, clasificados según sus estrategias de afrontamiento, es significativa ($t = 4,74$, $p < ,001$), con un tamaño de efecto grande ($d = 0,99$). En concreto, se aprecia que el grupo caracterizado por un afrontamiento del estrés de tipo evitativo (grupo 2) muestra mayor nivel de estrés que el grupo de mujeres caracterizadas por usar estrategias de afrontamiento de tipo aproximativo ante situaciones de estrés.

Tabla 25. Diferencias en el estrés percibido y en la salud en función del tipo de afrontamiento.

		N	M	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Tamaño de efecto
Estrés percibido	Grupo 1	104	4,66	2,75	4,74	,000**	0,99	grande
	Grupo 2	40	7,58	3,49				
Satisfacción con la salud	Grupo 1	104	3,64	0,99	2,32	,023*	0,44	medio
	Grupo 2	40	3,20	1,04				
Autovaloración de salud	Grupo 1	103	73,43	16,38	2,87	,006**	0,61	medio
	Grupo 2	40	62,63	21,51				
Salud física	Grupo 1	104	28,76	4,58	3,59	,000**	0,71	medio
	Grupo 2	40	25,70	4,58				
Salud psicológica	Grupo 1	104	15,42	3,13	4,64	,000**	0,86	grande
	Grupo 2	40	12,68	3,31				
Ansiedad	Grupo 1	102	2,47	2,68	2,83	,006**	0,58	medio
	Grupo 2	40	4,10	3,23				
Depresión	Grupo 1	99	1,40	1,69	3,86	,000**	0,68	medio
	Grupo 2	39	3,03	3,67				
Calidad de vida	Grupo 1	104	3,68	0,96	3,35	,001**	0,63	medio
	Grupo 2	40	3,08	1,02				
Satisfacción vital	Grupo 1	104	25,16	5,93	3,71	,000**	0,70	medio
	Grupo 2	40	20,90	6,75				
Felicidad	Grupo 1	104	76,43	17,18	4,60	,000**	0,89	grande
	Grupo 2	40	59,63	23,12				

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Puede observarse también que las diferencias en las puntuaciones de los indicadores de salud global autopercebida, salud física y salud psicológica evaluados en estas mujeres son estadísticamente significativas según desplieguen un tipo de afrontamiento u otro, tanto en satisfacción con la salud ($t = 2,32$, $p < ,023$), autovaloración de la salud ($t = 2,87$, $p < ,006$), salud física ($t = 3,59$, $p < ,001$) o salud psicológica general ($t = 4,64$, $p < ,001$), como en ansiedad ($t = 3,86$, $p < ,001$) y depresión ($t = 3,86$, $p < ,001$). El tamaño de efecto de estas diferencias es grande para la salud psicológica y la depresión y medio para el resto de indicadores, como puede apreciarse en la tabla 25. En concreto, los resultados muestran que

son las mujeres con un estilo de afrontamiento del estrés aproximativo (grupo 1) las que muestran mejor salud autopercebida y mayor nivel de salud física y psicológica.

Por último, en cuanto a los indicadores de bienestar subjetivo, como también puede observarse en dicha tabla, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en su calidad de vida ($t = 3,35$, $p = ,001$), satisfacción vital ($t = 3,71$, $p < ,001$) y felicidad ($t = 4,60$, $p < ,001$), con un tamaño de efecto grande en el caso de la felicidad ($d = 0,89$) y medio en calidad de vida y satisfacción vital ($d = 0,63$ y $d = 0,70$, respectivamente). De este modo, son las mujeres con un afrontamiento aproximativo del estrés (grupo 1) las que muestran un mayor bienestar subjetivo, con mayor calidad de vida, satisfacción vital y felicidad.

En definitiva, las mujeres pertenecientes al grupo 1 de afrontamiento, es decir, aquellas caracterizadas por emplear un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo, tienden también a mostrar menos estrés percibido, mayor salud global autopercebida, mejor salud física y psicológica general, menos ansiedad y depresión, mayor calidad de vida, satisfacción vital y felicidad.

Si atendemos a las estrategias de afrontamiento sin agruparlas en un estilo aproximativo o evitativo, sino a cada una de forma aislada, se detectan algunas relaciones significativas con el nivel de estrés y salud de las abuelas de la generación sándwich estudiadas. En cuanto al nivel de estrés percibido, el uso del apoyo emocional ($r = -,22$, $p = ,007$) y la aceptación de la realidad ($r = -,35$, $p < ,001$) correlacionan negativamente con el estrés percibido, con tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,051$) y medio ($\eta^2 = 0,121$), respectivamente. Así, a mayor uso de ambas estrategias de afrontamiento se registra menos estrés en las mujeres estudiadas. Por el contrario, el nivel de estrés correlaciona de forma positiva con las estrategias referentes a negar la situación ($r = ,30$, $p = ,001$) y autoinculparse ($r = ,20$, $p = ,013$), con tamaño de efecto bajo en ambos casos (valores de eta cuadrado 0,089 y 0,041, respectivamente). Por tanto, el empleo de estas estrategias de afrontamiento se relaciona con un nivel mayor de estrés percibido.

Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud, se han encontrado correlaciones significativas en las mismas estrategias seleccionadas (apoyo emocional, aceptación, negación y autoinculpación), aunque en diferentes sentidos, como se especifica en los siguientes párrafos.

La estrategia referente al uso del apoyo emocional no muestra correlación significativa con la salud física ($r = ,08$, $p = ,233$), con tamaño de efecto despreciable ($\eta^2 = 0,003$). Sin embargo, el uso de esta estrategia sí correlaciona con la salud psicológica general, con la que mantiene una relación directa significativa bilateral ($r = ,26$, $p = ,002$), con tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,065$). Por tanto, una mayor búsqueda de apoyo emocional por parte de las mujeres estudiadas no se relacionaría con una mejor salud física, pero sí con una mejor salud psicológica general.

La estrategia aceptación de la realidad es la que presenta una relación más clara, en sentido positivo, con ambas variables de salud. La correlación con la salud física ($r = ,24$, $p = ,005$) presenta un tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,056$), mientras que la correlación con la salud psicológica general ($r = ,35$, $p < ,001$) es mayor, mostrando un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = 0,120$).

La estrategia referente a negar la situación muestra una correlación negativa y significativa con la salud psicológica general ($r = -,26$, $p = ,002$), con tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,067$). Su relación con la salud física es también negativa pero no significativa ($r = -,11$, $p = ,116$), aunque muestra un tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,012$).

De forma parecida, la estrategia de autoinculpación no correlaciona significativamente con la salud física ($r = ,03$, $p = ,358$), mostrando un tamaño de efecto despreciable ($\eta^2 = 0,001$), pero sí correlaciona de forma negativa con la salud psicológica general ($r = -,32$, $p = ,000$), con tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,010$).

3.2.3.4. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre el tipo de afrontamiento del estrés empleado por estas mujeres y su salud.

A continuación se describen los resultados obtenidos al analizar los posibles efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich sobre la relación entre el tipo de afrontamiento mostrado por estas mujeres y su salud física y psicológica general.

En primer lugar, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y el tipo de afrontamiento empleado muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través del tipo de afrontamiento empleado ha sido del 16,31% y se ha encontrado que la variable tipo de afrontamiento empleado es una variable significativa dentro del modelo ($B = -2,91$; $t = -5,26$; $p < ,001$).

En segundo lugar, con respecto a la salud física, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y el tipo de afrontamiento empleado muestran que ambas variables han resultado significativas dentro del modelo, estrés percibido ($B = -0,372$; $t = -2,96$; $p = ,004$) y tipo de afrontamiento empleado ($B = 1,97$; $t = 2,18$; $p = ,031$). El modelo explica el 13,7% de la varianza total de la variable salud física.

En tercer lugar, el efecto total de la variable tipo de afrontamiento sobre la salud física ha sido estadísticamente significativo ($B = 3,06$; $t = 3,59$; $p < ,001$). En cuarto lugar, el efecto directo de la variable tipo de afrontamiento sobre la salud física ha sido estadísticamente significativo ($B = 1,97$; $t = 2,17$; $p = ,031$). Por último, el efecto indirecto del tipo de afrontamiento sobre la salud física a través del estrés percibido, también ha resultado estadísticamente significativo ($B = ,102$; $Z = 2,58$; $p = ,010$).

Por todo ello, se confirma que el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich funciona como factor mediador en la relación entre su tipo de afrontamiento del estrés y su salud física.

Por otra parte, con respecto a la salud psicológica, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y el tipo de afrontamiento empleado muestran que ambas variables han resultado significativas dentro del modelo, estrés percibido ($B = -0,512$; $t = -6,47$; $p < ,001$) y tipo de afrontamiento empleado ($B = 1,25$; $t = 2,20$; $p = ,029$). El modelo explica el 33,07% de la varianza total de la variable salud psicológica general. Posteriormente, el efecto total de la variable tipo de afrontamiento sobre la salud psicológica general ha sido estadísticamente significativo ($B = 2,75$; $t = 4,64$; $p < ,001$). Además, el efecto directo de la variable tipo de afrontamiento sobre la salud psicológica general ha sido estadísticamente significativo ($B = 1,26$; $t = 2,20$; $p = ,029$). Por último, el efecto indirecto del tipo de afrontamiento sobre la salud psicológica general a través del estrés percibido, también ha resultado estadísticamente significativo ($B = 0,197$; $Z = 4,08$; $p < ,001$).

Por todo ello, se confirma que el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich funciona como factor mediador en la relación entre su tipo de afrontamiento del estrés y su salud psicológica general.

3.2.3.5. Carga de cuidados, estrés, estrategias de afrontamiento y salud en las abuelas de la generación sándwich.

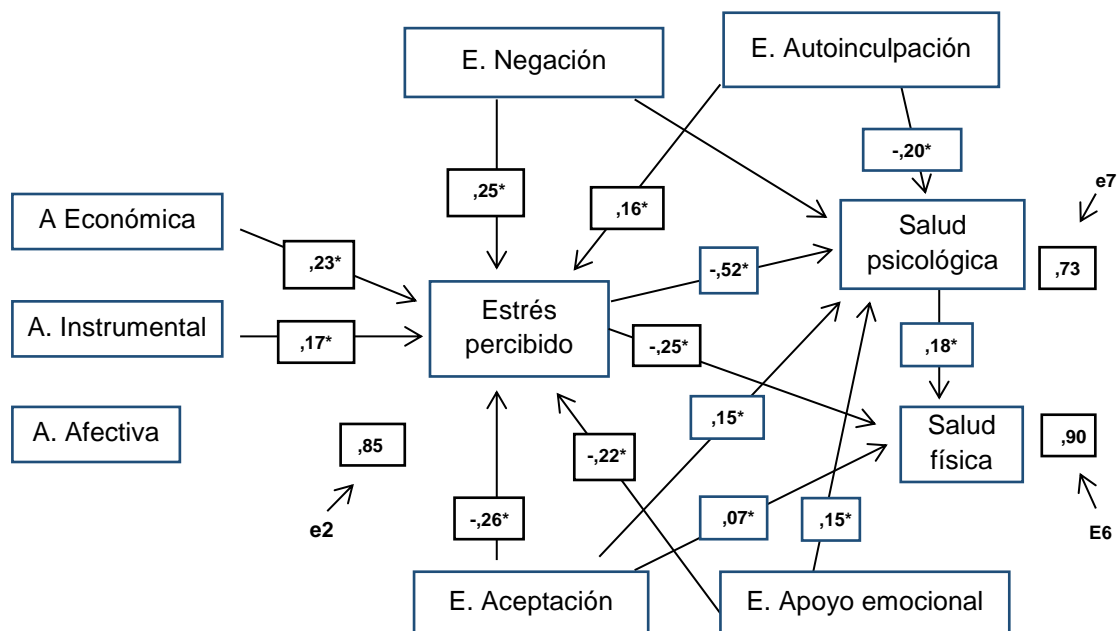
A partir de los resultados bivariados obtenidos, y teniendo en cuenta las relaciones establecidas desde un aspecto teórico, se ha explicitado un modelo de relaciones entre algunas de las variables estudiadas, poniéndolo a prueba mediante un modelo de ecuaciones estructurales.

En concreto, se incluyeron en el modelo inicial como variables independientes los distintos tipos de ayuda (económica, instrumental y afectiva) y las cuatro estrategias de afrontamiento del estrés que han resultado significativas en su relación con el estrés de las mujeres estudiadas: búsqueda de apoyo emocional, aceptación, negación y autoinculpación. Se esperaba que la carga de la ayuda influyera sobre el estrés percibido por estas mujeres, y que las estrategias de afrontamiento indicadas influyeran tanto sobre el estrés percibido como en

su salud física y psicológica general. Con la intención de no complejizar el modelo se han elegido estos dos indicadores de salud de las mujeres estudiadas.

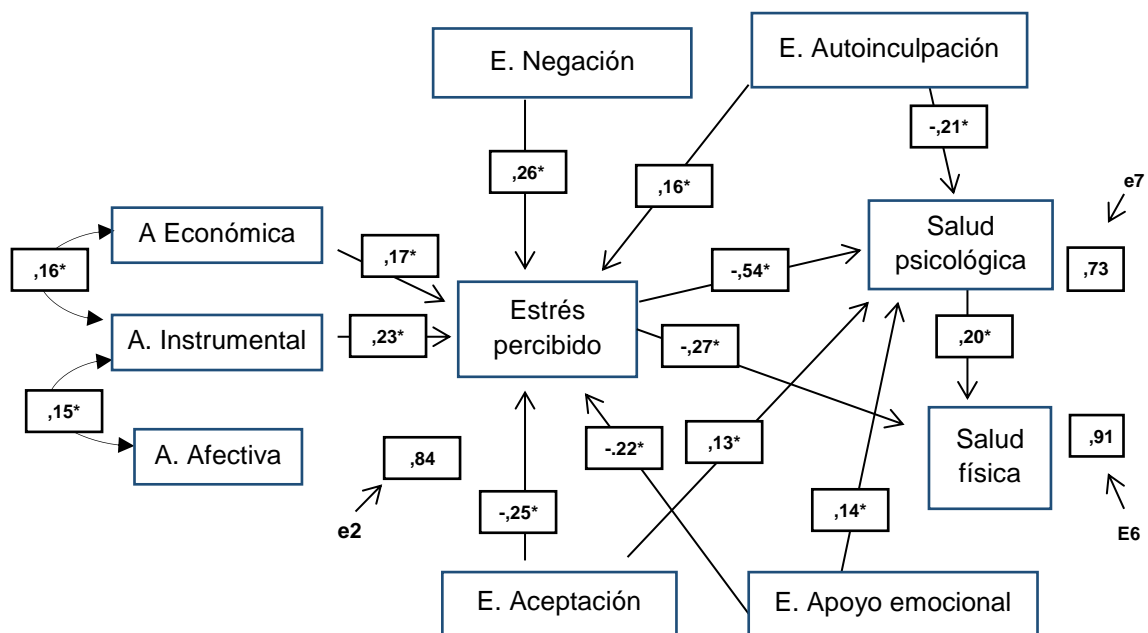
Este modelo inicial, recogido en la figura 6, muestra aceptables indicadores de ajuste, como reflejan los índices de la tabla 25. Sin embargo, la baja carga de algunos parámetros, combinado con los resultados del LM test y del Wald test aplicados a este modelo, sugerían cambios que fueron reflejados en un modelo final, recogido en la figura 7. En esta modificación, se restringieron los parámetros referidos a la carga de las estrategias de afrontamiento basadas en la negación y la aceptación sobre la salud física y psicológica, respectivamente, y se liberó el parámetro de correlación entre la ayuda instrumental y la ayuda económica y la afectiva.

Figura 6. Modelo inicial sobre la influencia de los tipos de ayuda y estrategias de afrontamiento sobre el estrés percibido y la salud física y psicológica.



Nota. $p < .05$.

Figura 7. Modelo final sobre la influencia de los tipos de ayuda y estrategias de afrontamiento sobre el estrés percibido y la salud física y psicológica.



Nota. $p < .05$.

Dicho modelo final presenta mejores indicadores de ajuste en comparación con el modelo inicial, como se recoge en la tabla 26, por lo que se concluye que esta estructura es la que mejor se adapta a los datos analizados.

Tabla 26. Índices de ajuste para los modelos contrastados.

Índices de ajuste	Modelo inicial	Modelo final
χ^2	36,87	32,31
<i>Gl</i>	31	31
<i>P</i>	.216	,410
χ^2/gl	1,19	1,04
NNFI	,941	,987
CFI	,959	,991
IFI	,963	,992
AGFI	,896	,911
SRMR	,078	,074
RMSA	,040	,019
(IC 90%)	(,001 - ,083)	(,001 - ,072)
R ² estrés	,285	,294
R ² salud física	,178	,179
R ² salud psicológica	,469	,471

Como puede observarse en la figura 7, tanto la ayuda económica como la instrumental presentan un efecto significativo con el nivel de estrés, correlacionándose a su vez la ayuda instrumental con los otros dos tipos de ayuda. Además, las cuatro estrategias de afrontamiento mantienen significativa la carga sobre el nivel de estrés, manteniéndose la direccionalidad encontrada en los análisis bivariados: aceptación de la realidad y búsqueda de apoyo emocional se relacionan con menor carga de estrés, mientras que negación de la situación y autoinculpación correlacionan con niveles altos de estrés. Con todo ello, el modelo final supone un 29,4% de varianza explicada del estrés percibido a través de los distintos tipos de ayuda y las estrategias de afrontamiento incluidas.

Por otro lado, la salud psicológica viene determinada en mayor medida por el estrés percibido, pero también se mantiene una relación positiva ante la presencia de estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación y la búsqueda de apoyo emocional, y una relación

negativa con la autoinculpación. Estas variables suponen el 47,1% de varianza explicada de la salud psicológica. En cuanto a la salud física, explicada en un 17,9%, los resultados muestran que el estrés tiene un efecto negativo sobre ella y que la salud psicológica se relaciona de forma significativa con los niveles de salud física.

3.2.4. Conclusiones del estudio 2.

Una primera conclusión respecto a las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas por las abuelas de la generación sándwich estudiadas, es que, en términos generales (72,2%), tienden a usar estrategias de afrontamiento de tipo aproximativo. En concreto, las estrategias que más emplean son el afrontamiento activo de los problemas, la búsqueda de apoyo emocional y la aceptación de la situación.

Sin embargo, hay un grupo de mujeres cuya proporción no es despreciable (27,8%) que no suele emplear estrategias de tipo aproximativo. En su lugar, tiende a emplear estrategias de tipo evitativo, fundamentalmente desconexión conductual y negación de la situación.

Por otra parte, no se aprecia una distribución diferencial del tipo de afrontamiento en función de la intensidad de la ayuda económica, instrumental o afectiva ofrecida, ni tampoco en función de los grupos de carga de cuidados. En términos generales, tampoco se aprecian relaciones significativas entre las estrategias concretas de afrontamiento del estrés y la intensidad del tipo de ayuda ofrecida, salvo por el uso de la estrategia de autodistracción, que se relaciona con una menor intensidad de ayuda afectiva.

Con respecto a los grupos de mujeres en base al tipo de afrontamiento del estrés empleado, el grupo de mujeres caracterizadas por un afrontamiento del estrés de tipo evitativo muestra peores niveles de estrés percibido y salud que el grupo de mujeres que tiende a emplear un afrontamiento de tipo aproximativo.

Al relacionar los tipos de ayuda que prestan las mujeres estudiadas con sus niveles de salud física y psicológica, se encuentra que dicha relación está mediada por su percepción del

estrés, y este, a su vez, se ve influido por el uso de estrategias de afrontamiento específicas: uso del apoyo emocional, aceptación, negación y autoinculpación.

Concretamente, es la ayuda instrumental y económica que estas mujeres prestan a sus familiares, y sobre todo la coincidencia de ambas, lo que se relaciona con mayor estrés.

Además, existe una relación directa de las estrategias del uso del apoyo emocional, la negación y la autoinculpación con la salud psicológica de estas mujeres. Si tenemos en cuenta también la intensidad de cada tipo de ayuda, su efecto sobre el estrés percibido, y el efecto amortiguador o potenciador del estrés de las cuatro estrategias de afrontamiento, la capacidad predictiva del modelo sobre la salud psicológica de estas mujeres supera el 47%.

Estos datos ponen de manifiesto la relevancia del empleo del afrontamiento aproximativo y específicamente el uso de determinadas estrategias de afrontamiento como son el uso del apoyo emocional y la aceptación para disminuir el estrés y mejorar el bienestar de las abuelas de la generación sándwich.

3.2.5. Difusión de los resultados del estudio 2.

Los resultados parciales de este estudio han sido difundidos a través de la publicación de un artículo ISI en la revista *Studies in Psychology* (con un factor de impacto JCR en 2016 de 0.281) y a través de una comunicación oral en un congreso nacional, tal y como se detalla a continuación:

- Artículo científico (publicado en una revista científica indexada en JCR/ISI):

Luna, S., Ramos, P., & Rivera, F. (2016). Coping strategies, stress and health of grandmothers caring for ascending and descending relatives. *Studies in Psychology*, 37(1), 90-114.
doi:10.1080/02109395.2015.1122435

Comunicaciones científicas:

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (2016, Junio). Clasificación de las abuelas de la generación sándwich en función de sus estrategias de afrontamiento: Relación con su ajuste psicológico. En M. García Moreno (Presidencia). Comunicación oral llevada a cabo en el *58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, Sevilla, España.

Estudio 3: Inteligencia emocional y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.

3.3.1. Objetivos del estudio 3.

El objetivo general de este estudio es conocer la relación existente entre la inteligencia emocional de las abuelas de la generación sándwich estudiadas, a través de sus dimensiones de flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos, con su ajuste biopsicosocial.

Los objetivos específicos de este estudio se resumen en los siguientes seis puntos:

3.3.1.1. Conocer el uso que realiza la segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones de la inteligencia emocional en sus componentes flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos.

3.3.1.2. Conocer cómo se distribuyen las mujeres estudiadas según su inteligencia emocional y su relación con las estrategias de afrontamiento empleadas por estas mujeres.

3.3.1.3. Conocer cómo se relacionan la ayuda y los cuidados proporcionados por la segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones con su inteligencia emocional.

3.3.1.4. Conocer si existe relación entre la inteligencia emocional y el estrés percibido por estas mujeres.

3.3.1.5. Conocer si existe relación entre la inteligencia emocional y diferentes medidas referentes a la salud de las mujeres estudiadas.

3.3.1.6. Conocer si el estrés percibido se encuentra mediando la relación entre la inteligencia emocional y la salud de estas mujeres.

3.3.2. Metodología específica del estudio 3.

3.3.2.1. *Muestra del estudio.*

Se llevaron a cabo entrevistas individuales estructuradas a 115 mujeres del suroeste de España que eran abuelas a la vez que hijas o nueras de una generación anterior. Además de los criterios de exclusión generales (padecimiento de patología mental grave y/o que le impida comprender la entrevista, no hablar correctamente el idioma o no firmar el consentimiento informado).

3.3.2.2. *Variables e instrumentos.*

En este estudio se ha evaluado la intensidad de cada tipo de ayuda proporcionada y la carga de cuidados asumida por las abuelas de la generación sándwich. Tal y como se describe en el estudio 2 de la presente tesis doctoral, se ha distinguido entre la ayuda económica, la ayuda instrumental y la ayuda afectiva. Asimismo, tal y como se describe en el capítulo 2, dedicado a la metodología general de los cinco estudios realizados, para la evaluación de la carga del cuidado se han establecido los cuatro grupos de carga de cuidados: grupo sin carga de cuidados, grupo con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, grupo con carga de cuidados solo hacia ascendientes y grupo de doble carga de cuidados.

La inteligencia emocional ha sido evaluada a través del Inventario de Cociente Emocional (Emotional Quotient Inventory, EQ-i), de Bar-On (1997).

Para evaluar el estrés percibido se ha empleado la escala de estrés percibido PSS-4. El estado de salud se evaluó a través de las correspondientes subescalas del cuestionario WHOQOL-BREF, del cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg y de cuatro indicadores adicionales de salud, en concreto la presencia de enfermedad psiquiátrica o cardiopatías, la frecuencia del consumo de hipnóticos y/o tranquilizantes. Se pueden consultar los detalles de estos instrumentos de evaluación en el capítulo 2 de la tesis doctoral dedicada a la metodología común de los cinco estudios que conforman esta tesis doctoral.

3.3.2.3. Análisis de datos.

Para la consecución del objetivo específico 3.3.1.1., se han empleado estadísticos descriptivos de las diferentes variables estudiadas.

Para la consecución del objetivo específico 3.3.1.2., se ha realizado un análisis de clúster bietápico utilizando las puntuaciones en las subescalas “flexibilidad”, “tolerancia al estrés” y “control de los impulsos” del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i). Posteriormente, para la comparación de medias entre los grupos resultantes del análisis anterior, se empleó la prueba *t* de Student y se analizó el tamaño del efecto con la prueba *d* de Cohen (de 0 a 0,2, efecto despreciable; de 0,20 a 0,49, tamaño de efecto bajo; de 0,50 a 0,79, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,80, tamaño de efecto grande).

Para los análisis bivariados correspondientes a los objetivos específicos 3.3.1.3., 3.3.1.4. y 3.3.1.5. se ha recurrido a pruebas basadas en correlación de Pearson. De forma complementaria, para determinar los tamaños de efecto se emplearon las pruebas *d* de Cohen y eta-cuadrado, cuya interpretación se describe en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral.

Para analizar las diferencias entre los grupos correspondientes a los objetivos específicos 3.3.1.3, 3.3.1.4. y 3.3.1.5. se ha recurrido a las pruebas estadísticas Chi-cuadrado, *t* de Student y Anova.

Para la consecución del objetivo específico 3.3.1.6. y establecer posibles efectos de mediación del estrés, se ha empleado el procedimiento de mediación simple, también denominado análisis de efectos directos e indirectos.

3.3.3. Resultados del estudio 3.

3.3.3.1. Inteligencia emocional de las mujeres estudiadas.

A nivel general, como puede observarse en la tabla 27, las mujeres entrevistadas muestran unos niveles de inteligencia emocional más cercanos al umbral superior que al inferior. La puntuación media obtenida en la subescala de flexibilidad ha sido de 27,77 ($\sigma = 6,15$), en la

subescala tolerancia al estrés ha sido de 34,97 ($\sigma = 6,49$) y en la subescala control de los impulsos ha sido de 31,28 ($\sigma = 5,49$), mientras que la puntuación global obtenida en inteligencia emocional ha sido de 94,03 ($\sigma = 12,88$).

Tabla 27. Descripción de la inteligencia emocional de las mujeres estudiadas.

		N	M	DE	Mínimo	Máximo
Inteligencia emocional	Flexibilidad	115	27,77	6,15	10	39
	Tolerancia al estrés	115	34,97	6,50	15	45
	Control de los impulsos	115	31,28	5,49	17	43
	Puntuación total	115	94,03	12,88	54	118

Para dar respuesta al segundo objetivo específico del estudio, se ha realizado un análisis de clúster bietápico con las puntuaciones obtenidas por las mujeres entrevistadas en las subescalas flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos del Inventario de Cociente Emocional.

A partir de los resultados de este análisis, las mujeres estudiadas se han clasificado en dos grandes grupos, de tamaño prácticamente idéntico.

En el primer grupo (grupo 1), compuesto por 57 mujeres, se encuentran aquellas que muestran puntuaciones significativamente mayores en flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos, por lo que se trata del grupo caracterizado por presentar una inteligencia emocional alta.

El segundo grupo (grupo 2), compuesto por 58 mujeres, muestra una puntuación significativamente menor en los tres indicadores evaluados, por lo que estaría caracterizado por una inteligencia emocional baja. Como puede apreciarse en la tabla 28, las diferencias entre

los grupos son claras ($p < ,001$) y relevantes, alcanzando en las tres subescalas unas diferencias con tamaño de efecto grande ($d = 1,67$, $d = 1,02$ y $d = 1,24$), respectivamente.

Tabla 28. Diferencias en inteligencia emocional según grupos obtenidos por el análisis de clasificación.

		Grupo 1 (N=57)		Grupo 2 (N=58)		Significación		Diferencia de medias entre grupos	
		M	DE	M	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Tamaño de efecto
Inteligencia emocional	Flexibilidad	31,74	4,09	23,88	5,29	8,91	< ,001	1,67	Grande
	Tolerancia al estrés	33,79	4,90	28,81	4,92	5,44	< ,001	1,02	Grande
	Control de los impulsos	38,40	3,87	31,60	6,81	6,57	< ,001	1,24	Grande
	Total IE	103,93	6,63	84,29	9,69	12,66	< ,001	2,38	Grande

Al tomar su puntuación de forma conjunta en las tres subescalas, como también puede observarse en la tabla 28, encontramos que las mujeres pertenecientes al grupo con inteligencia emocional alta (grupo 1) muestran también una puntuación global en inteligencia emocional significativamente más alta ($p < ,001$), que la mostrada por el grupo caracterizado por una inteligencia emocional baja (grupo 2), con un tamaño de efecto grande ($d = 2,38$).

3.3.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos por las abuelas de la generación sándwich y su inteligencia emocional.

Como puede observarse la tabla 29, no se aprecia que exista relación significativa entre la intensidad de los diferentes tipos de ayuda ofrecida por estas mujeres y su inteligencia emocional.

Tabla 29. Relación entre la intensidad del tipo de ayuda ofrecida y la inteligencia emocional.

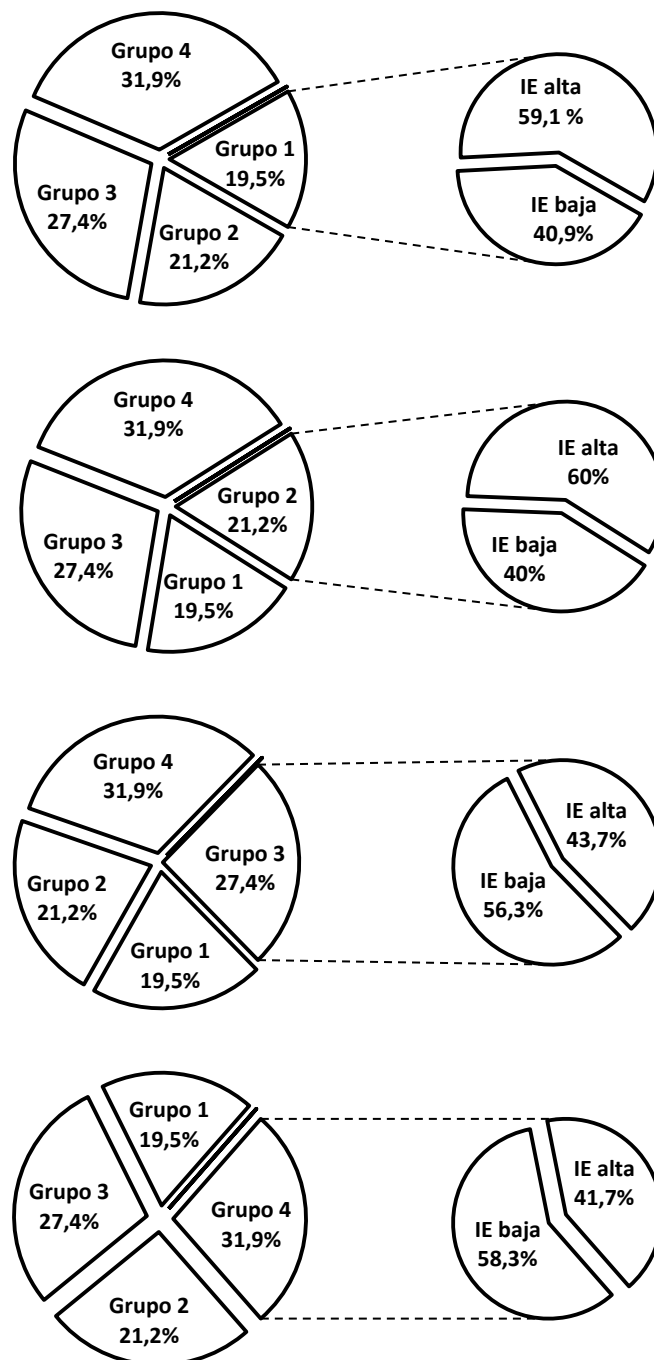
		Inteligencia emocional				
		Flexibilidad	Tolerancia al Estrés	Control de los Impulsos	Total IE	
Intensidad de la ayuda	Económica	Correlación de Pearson	-,07	,08	-,09	-,04
		Sig. (bilateral)	,489	,409	,323	,634
		N	115	115	115	115
	Instrumental	Correlación de Pearson	-,09	-,04	-,10	-,11
		Sig. (bilateral)	,335	,695	,276	,239
		N	115	115	115	115
	Afectiva	Correlación de Pearson	-,12	,16	,11	,07
		Sig. (bilateral)	,211	,081	,225	,452
		N	115	115	115	115

Al comparar las puntuaciones de inteligencia emocional en función del grupo de carga tampoco se aprecian diferencias significativas ni en flexibilidad ($F = 2,13$, $p = ,100$), ni en tolerancia al estrés ($F = 0,49$, $p = ,688$), ni en control de los impulsos ($F = 0,75$, $p = ,521$), y tampoco en inteligencia emocional total ($F = 0,74$, $p = ,529$). Por tanto, no se aprecia relación entre la carga de cuidados que estas mujeres están asumiendo y su inteligencia emocional.

Para complementar este análisis se ha comprobado la distribución del tipo de inteligencia emocional (alta o baja) que muestran estas mujeres según el grupo de carga de cuidados en el que se encuentren. En la figura 8 puede apreciarse que los grupos sin carga de cuidados y con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas muestran una proporción algo mayor de inteligencia emocional alta (59,1% y 60%, respectivamente) que de inteligencia emocional baja (40,9% y 40%, respectivamente). En cambio, los grupos de carga solo hacia ascendientes y de doble carga muestran la proporción contraria: mayor proporción en el grupo de inteligencia emocional baja (56,3% y 58,3%, respectivamente) que en el grupo de

inteligencia emocional alta (43,8% y 41,7%). Sin embargo, al aplicar la prueba de significación estadística Chi-cuadrado no se aprecia una diferencia significativa en dicha distribución ($\chi^2 = 3,22$, $p = ,238$). Es decir, una mayor o menor inteligencia emocional en estas mujeres no aparece asociada de forma significativa a ningún grupo de carga de cuidados en particular.

Figura 8. Distribución de los grupos de carga en los grupos de inteligencia emocional.



Por último, en la tabla 30 se detallan las diferentes puntuaciones medias de estas mujeres en flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos e inteligencia emocional total con relación a si perciben o no incidencias negativas derivadas de los cuidados.

Tabla 30. Puntuaciones medias en flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos e inteligencia emocional total en las mujeres que perciben incidencias negativas derivadas de los cuidados y en las que no perciben incidencias.

	Percepción de incidencias negativas	N	M	DE
Flexibilidad	No	62	28,06	6,34
	Sí	53	27,43	5,95
Tolerancia al estrés	No	62	31,90	5,17
	Sí	53	30,55	5,80
Control de los impulsos	No	62	35,74	6,75
	Sí	53	34,08	6,12
Inteligencia emocional total	No	62	95,71	12,99
	Sí	53	92,06	12,57

Al comparar la inteligencia emocional de las abuelas de la generación sándwich en función de si perciben o no incidencias derivadas de los cuidados con la prueba de significación estadística t de Student, no se aprecian diferencias significativas en flexibilidad [$t(113) = 0,55$, $p = ,586$], tolerancia al estrés [$t(113) = 1,32$, $p = ,188$], control de los impulsos [$t(113) = 1,38$, $p = ,171$] ni inteligencia emocional total [$t(113) = 1,52$, $p = ,130$].

3.3.3.3. Relación entre la inteligencia emocional de las abuelas de la generación sándwich y sus estrategias de afrontamiento ante el estrés.

Las puntuaciones medias en inteligencia emocional obtenidas por las abuelas de la generación sándwich estudiadas en función del tipo de afrontamiento que presenten (aproximativo o evitativo) se presentan en la tabla 31.

Tabla 31. Inteligencia emocional de las mujeres según su tipo de afrontamiento.

		Tipo de afrontamiento	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Inteligencia emocional	Flexibilidad	Aproximativo	84	28,24	5,97	14	39
		Evitativo	29	26,17	6,46	10	37
	Tolerancia al estrés	Aproximativo	84	35,32	6,12	20	43
		Evitativo	29	34,10	7,62	17	43
	Control de los impulsos	Aproximativo	84	32,25	5,15	15	44
		Evitativo	29	28,34	5,66	16	45
	Total IE	Aproximativo	84	95,81	12,47	62	118
		Evitativo	29	88,62	12,91	54	114

Al comparar estadísticamente las puntuaciones, se aprecian diferencias significativas, de forma que aquellas mujeres que tienden a emplear un afrontamiento de tipo aproximativo presentan una inteligencia emocional global significativamente más alta que aquellas que emplean un afrontamiento de tipo evitativo [$t(111) = -2,65, p = ,009$] y, más concretamente, una mayor tolerancia al estrés [$t(111) = -3,43, p = ,001$].

Por otra parte, en la tabla 32 se muestra la relación entre la inteligencia emocional, tanto global como por dominios, y cada una de las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas por las abuelas de la generación sándwich.

Tabla 32. Relación entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento.

		Inteligencia emocional			
		Flexibilidad	Tolerancia al estrés	Control de los impulsos	Total IE
Afrontamiento activo (N = 113)	Correlación de Pearson	,20	,22	-,11	,13
	Sig. (bilateral)	,033*	,017*	,232	,158
Planificación (N = 113)	Correlación de Pearson	,04	,34	-,03	,15
	Sig. (bilateral)	,656	,000**	,769	,111
Apoyo emocional (N = 113)	Correlación de Pearson	,00	-,01	-,01	-,01
	Sig. (bilateral)	,979	,878	,948	,931
Apoyo instrumental (N = 113)	Correlación de Pearson	,19	,01	-,04	,07
	Sig. (bilateral)	,046*	,911	,683	,433
Religión (N = 113)	Correlación de Pearson	-,14	,08	,14	,04
	Sig. (bilateral)	,151	,382	,150	,675
Reinterpretación positiva (N = 113)	Correlación de Pearson	,19	,29	,08	,26
	Sig. (bilateral)	,041*	,002**	,389	,006**
Aceptación (N = 113)	Correlación de Pearson	,09	,41	-,00	,22
	Sig. (bilateral)	,337	,000**	,964	,021*
Negación (N = 113)	Correlación de Pearson	-,04	-,16	,01	-,09
	Sig. (bilateral)	,640	,085	,934	,360
Humor (N = 113)	Correlación de Pearson	,16	,17	-,16	,07
	Sig. (bilateral)	,093	,065	,099	,454
Autodistracción (N = 113)	Correlación de Pearson	,17	-,01	-,03	,06
	Sig. (bilateral)	,066	,928	,722	,516
Autoinculpación (N = 113)	Correlación de Pearson	-,11	-,17	-,20	-,23
	Sig. (bilateral)	,262	,070	,030*	,016*
Desconexión (N = 113)	Correlación de Pearson	-,13	-,21	-,03	-,16
	Sig. (bilateral)	,183	,029*	,766	,086
Desahogo (N = 113)	Correlación de Pearson	-,19	-,19	-,35	-,35
	Sig. (bilateral)	,042*	,041*	,000**	,000**
Uso de sustancias (N = 114)	Correlación de Pearson	-,05	-,06	-,06	-,08
	Sig. (bilateral)	,622	,497	,497	0,386

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Como se puede apreciar en la tabla 32, la puntuación total de inteligencia emocional muestra una correlación significativa positiva con las estrategias de aceptación ($r = ,22$, $p = ,021$) y reinterpretación positiva ($r = ,26$, $p = ,006$) y, al mismo tiempo, una correlación

significativa negativa con las estrategias de desahogo y autoinculpación ($r = -.23, p = .016$ y $r = -.35, p < .001$, respectivamente). Es decir, en estas mujeres se observa que a mayor inteligencia emocional global, mayor uso de la estrategia de aceptación y reinterpretación positiva, y menor uso de las estrategias de desahogo y autoinculpación.

Si se atiende a las correlaciones mostradas por los diferentes dominios de inteligencia emocional, en la misma tabla puede observarse que la flexibilidad correlaciona positiva y significativamente con las estrategias de afrontamiento activo ($r = .20, p = .033$), apoyo instrumental ($r = .19, p = .046$), reinterpretación positiva ($r = .19, p = .041$) y negativa y significativamente con la estrategia de desahogo ($r = -.19, p = .042$); mientras, la tolerancia al estrés, por su parte, correlaciona de forma significativa y positiva con el uso del afrontamiento activo ($r = .22, p = .017$), la planificación ($r = .34, p < .001$), la reinterpretación positiva ($r = .29, p = .002$) y la aceptación ($r = .41, p < .001$); y de forma significativa y negativa con las estrategias de desahogo ($r = -.19, p = .041$) y desconexión conductual ($r = -.21, p = .029$). Por último, en referencia al dominio de inteligencia emocional de control de los impulsos, únicamente se observan correlaciones significativas de carácter negativo, en concreto con las estrategias de afrontamiento autoinculpación y desahogo ($r = -.20, p = .030$ y $r = -.35, p < .001$, respectivamente). Por lo tanto, se observa que una alta inteligencia emocional en cualquiera de los dominios evaluados se relaciona con un menor uso de la estrategia de desahogo, así como que un mayor control de los impulsos se relaciona con una menor autoinculpación, mientras que una mayor tolerancia al estrés se relaciona con un menor uso de la estrategia de desconexión conductual y con un mayor uso de las estrategias afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y aceptación; por su parte, una mayor flexibilidad también conlleva un mayor uso del afrontamiento activo, del apoyo instrumental y de la reinterpretación positiva.

3.3.3.4. Inteligencia emocional, estrés percibido y salud de las mujeres estudiadas.

Al comparar los resultados obtenidos por ambos grupos en el ajuste psicológico, encontramos que el grupo caracterizado por una inteligencia emocional alta (grupo 1) muestra mejores puntuaciones tanto en estrés percibido como en el resto de los indicadores de salud evaluados.

Como puede observarse en la tabla 33, el grupo caracterizado por una inteligencia emocional baja (grupo 2), muestra un nivel significativamente mayor de estrés percibido [$t(115) = -2,34; p = ,021$].

Por otro lado, en la misma tabla puede apreciarse que existen diferencias significativas entre ambos grupos en satisfacción con la salud [$t(113) = 2,07; p = ,041$], salud psicológica general [$t(113) = 2,77; p = ,007$], ansiedad [$t(112) = -3,23; p = ,002$], felicidad [$t(113) = 2,68; p = ,008$], presencia de enfermedad psiquiátrica diagnosticada [$t(113) = -2,97; p = ,004$] y consumo de hipnóticos [$t(107) = -2,21; p = ,029$], mostrando las diferencias tamaños de efecto bajo y medio. Aunque el resto de contrastes entre los grupos no resultan estadísticamente significativos sí muestran un tamaño de efecto bajo o incluso, en el caso del consumo de ansiolíticos, un tamaño de efecto medio ($d = -,59$).

Tabla 33. Diferencias en el ajuste psicológico entre los dos grupos de mujeres clasificadas en función de su inteligencia emocional.

	Grupo 1 (n = 57)		Grupo 2 (n = 58)		Diferencia de medias entre grupos			
	M	DE	M	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Tamaño de efecto
Estrés percibido	4,79	3,09	6,03	2,60	-2,34	,021*	-0,44	bajo
Satisfacción con la salud	3,65	0,97	3,26	1,01	2,07	,041*	0,39	bajo
Autovaloración de la salud	72,32	17,40	67,72	18,06	1,38	,169	0,26	bajo
Salud física	28,65	5,22	27,57	4,51	1,19	,237	0,22	bajo
Salud psicológica general	15,72	3,99	14,12	3,52	2,77	,007**	0,46	bajo
Ansiedad	2,04	2,49	3,69	2,95	-3,23	,002**	-0,59	medio
Depresión	1,40	2,19	2,24	2,31	-1,94	,055	-0,38	bajo
Calidad de vida	3,68	0,98	3,33	0,98	1,95	,054	0,37	bajo
Satisfacción vital	25,23	6,52	23,14	6,26	1,75	,082	0,33	bajo
Felicidad	77,05	18,27	67,55	19,50	2,68	,008**	0,51	medio
Cardiopatía	,02	,13	,10	,31	-1,94	,056	-0,36	bajo
Enfermedad psiquiátrica	0	0	,14	,35	-2,97	,004**	-0,56	medio
Consumo hipnóticos	0,77	1,70	1,59	2,22	-2,21	,029*	-0,50	medio
Consumo ansiolíticos	0,63	1,52	1,17	2,09	-1,59	,115	-0,59	medio

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En la tabla 34 se muestra la relación entre las puntuaciones en inteligencia emocional de las mujeres estudiadas, al margen del grupo de inteligencia emocional en el que se engloben, y su nivel de estrés percibido.

Tal y como puede observarse en dicha tabla, tanto la inteligencia emocional total como el dominio tolerancia al estrés muestran correlaciones negativas significativas con respecto al nivel de estrés percibido ($r = -.23$, $p = .012$ y $r = -.31$, $p = .001$, respectivamente). Es decir, cuánto mayor sea su inteligencia emocional y, específicamente, su tolerancia al estrés, menor es el estrés que perciben estas mujeres.

Tabla 34. Relación entre la inteligencia emocional total y por dominios con el estrés percibido.

		Estrés percibido		
		Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Inteligencia emocional	Flexibilidad	-,05	,563	115
	Tolerancia al Estrés	-,31	,001**	115
	Control de los Impulsos	-,15	,103	115
	Total IE	-,23	,012*	115

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

En cuanto a la relación entre la inteligencia emocional (tanto la total y como los dominios flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos) y los diferentes indicadores de salud evaluados, tal y como se aprecia en la tabla 35, se encuentran algunas diferencias significativas en todas las áreas de salud evaluadas, salvo en la salud física.

En concreto, en el área de salud global autopercibida, la autovaloración de la salud correlaciona positivamente con la tolerancia al estrés y con la inteligencia emocional total ($r = .19$, $p = .039$ y $r = .19$, $p = .045$, respectivamente).

Tabla 35. Relación entre la inteligencia emocional global y por los dominios flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos y diversos indicadores de salud.

		Inteligencia emocional			
		Flexibilidad	Tolerancia al estrés	Control de los Impulsos	Total IE
Satisfacción con la salud	Correlación de Pearson	,15	,13	,07	,16
	Sig. (bilateral)	,111	,147	,448	,077
	N	115	115	115	115
Autovaloración de la salud	Correlación de Pearson	,10	,19	,11	,19
	Sig. (bilateral)	,269	,039*	,244	,045*
	N	114	114	114	114
Salud física	Correlación de Pearson	,13	,14	,00	,13
	Sig. (bilateral)	,155	,134	,959	,179
	N	115	115	115	115
Salud psicológica general	Correlación de Pearson	,17	,28	,08	,24
	Sig. (bilateral)	,072	,002**	,412	,010*
	N	115	115	115	115
Ansiedad	Correlación de Pearson	-,13	-,29	-,24	-,31
	Sig. (bilateral)	,159	,002**	,009**	,001**
	N	113	113	113	113
Depresión	Correlación de Pearson	-,23	-,15	-,07	-,21
	Sig. (bilateral)	,017*	,106	,492	,028*
	N	109	109	109	109
Calidad de vida general	Correlación de Pearson	,09	,09	,07	,12
	Sig. (bilateral)	,359	,323	,440	,211
	N	115	115	115	115
Satisfacción vital	Correlación de Pearson	,07	,21	,07	,16
	Sig. (bilateral)	,429	,024*	,453	,086
	N	115	115	115	115
Felicidad	Correlación de Pearson	,24	,22	,01	,22
	Sig. (bilateral)	,010*	,017*	,903	,021*
	N	114	114	114	114
Cardiopatía	Correlación de Pearson	-,07	-,14	-,18	-,19
	Sig. (bilateral)	,453	,124	,049*	,044*
	N	114	114	114	114
Trastorno psiquiátrico	Correlación de Pearson	-,22	-,21	-,02	-,20
	Sig. (bilateral)	,020*	,023*	,832	,029*
	N	114	114	114	114
Consumo hipnóticos	Correlación de Pearson	-,11	-,28	-,13	-,24
	Sig. (bilateral)	,249	,002**	,159	,010*
	N	115	115	115	115
Consumo ansiolíticos	Correlación de Pearson	-,04	-,24	-,10	-,18
	Sig. (bilateral)	,642	,009**	,273	,059
	N	115	115	115	115

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Por su parte, en el área de salud psicológica se observan diversas correlaciones significativas. Por un lado, la salud psicológica general correlaciona de forma positiva con la tolerancia al estrés ($r = ,28, p = ,002$) y con la inteligencia emocional total ($r = ,24, p = ,010$). Por otro lado, tanto la ansiedad correlaciona negativamente con la tolerancia al estrés ($r = -,29, p = ,002$), el control de los impulsos ($r = -,24, p = ,009$) y la inteligencia emocional total ($r = -,31, p = ,001$) y la depresión correlaciona negativamente también con la flexibilidad ($r = -,23, p = ,017$) y con la inteligencia emocional total ($r = -,21, p = ,028$). Es decir, mayores puntuaciones en inteligencia emocional se relacionan con una mejor salud psicológica y con menos síntomas de ansiedad y de depresión.

Con respecto a los indicadores de bienestar subjetivo, aunque no se aprecian correlaciones significativas en relación con la calidad de vida, sí se observan correlaciones significativas en relación con la satisfacción vital y la felicidad. En concreto, la satisfacción vital aparece correlacionada positiva y significativamente con la tolerancia al estrés ($r = ,21, p = ,024$) y la felicidad, también positivamente, con la flexibilidad ($r = ,24, p = ,010$), la tolerancia al estrés ($r = ,22, p = ,017$) y la inteligencia emocional total ($r = ,22, p = ,021$). Esto es, la satisfacción vital se asocia a una mayor tolerancia al estrés, mientras una mayor felicidad se relaciona con mayor flexibilidad, mayor tolerancia al estrés y mayor inteligencia emocional total.

Por último, en cuanto a los indicadores adicionales de salud, se observan correlaciones significativas en todos ellos. En concreto, la presencia de cardiopatías correlaciona negativamente con el control de los impulsos ($r = -,18, p = ,049$) y con la inteligencia emocional total ($r = -,19, p = ,044$), mientras la presencia de trastornos psiquiátricos correlaciona negativamente con la flexibilidad, la tolerancia al estrés y la inteligencia emocional total ($r = -,22, p = ,020, r = -,21, p = ,023, r = -,20, p = ,029$, respectivamente); por su parte, el consumo de hipnóticos correlaciona negativamente con la tolerancia al estrés ($r = -,28, p = ,002$) y con

la inteligencia emocional total ($r = -.24, p = .010$) y el consumo de ansiolíticos correlaciona negativamente con la tolerancia al estrés ($r = -.24, p = .009$). Esto supone que la presencia de cardiopatías se asocia a una menor inteligencia emocional total y, específicamente, a un menor control de los impulsos, mientras que la presencia de trastornos psiquiátricos se asocian a una menor flexibilidad, una menor tolerancia al estrés y, en definitiva, a una menor inteligencia emocional total; por su parte, un mayor consumo de hipnóticos se relaciona con una menor inteligencia emocional total y, específicamente, con una menor tolerancia al estrés, mientras el consumo de medicación ansiolítica se relaciona con una menor tolerancia al estrés.

3.3.3.5. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre la inteligencia emocional de estas mujeres y su salud.

A continuación se describen los resultados obtenidos al analizar el posible efecto de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich sobre la relación entre la inteligencia emocional de estas mujeres y su salud física y psicológica general.

En referencia a la flexibilidad, en primer lugar, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y esta variable muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través de la flexibilidad ha sido del 0,3%, encontrando que la variable flexibilidad no es una variable significativa dentro del modelo ($B = -0,026; t = -0,58; p = ,563$). En segundo lugar, con respecto a los análisis de regresión múltiple, tampoco se han encontrado efectos significativos de la flexibilidad sobre la salud física ni total ($B = 0,11; t = 1,43; p = ,155$), ni directo ($B = 0,09; t = 1,31; p = ,193$) ni indirecto de la flexibilidad sobre la salud física a través del estrés percibido ($B = 0,017; Z = 0,582; p < ,560$). Por último, tampoco han resultado estadísticamente significativos los efectos de la variable flexibilidad sobre la salud psicológica ni total ($B = 0,09; t = 1,82; p = ,072$), ni directo ($B = 0,078; t = 1,74; p = ,085$) ni el efecto indirecto de sobre la salud psicológica general a través del estrés percibido

($B = 0,025$; $Z = 0,588$; $p < ,557$). Por ello, se descartan posibles efectos de mediación del estrés percibido sobre la relación entre flexibilidad y salud física y salud psicológica.

En referencia a la tolerancia al estrés, en primer lugar, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y esta variable muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través de la tolerancia al estrés ha sido del 9,55%, encontrando que la variable tolerancia al estrés es una variable significativa dentro del modelo ($B = -0,164$; $t = -3,45$; $p < ,001$).

En segundo lugar, con respecto a la salud física, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y la tolerancia al estrés muestran que el estrés percibido ha resultado ser significativo dentro del modelo ($B = -0,495$; $t = -3,12$; $p = ,002$); sin embargo, a pesar de que el modelo explica el 9,8% de la varianza total de la variable salud física, la tolerancia al estrés no ha resultado ser significativa dentro del modelo ($B = 0,044$; $t = 0,525$; $p = ,601$). El efecto total de la variable tolerancia al estrés sobre la salud física tampoco ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,125$; $t = 1,51$; $p = ,134$). Por otra parte, el efecto directo de la variable tolerancia al estrés sobre la salud física tampoco ha resultado ser estadísticamente significativo ($B = 0,04$; $t = 0,52$; $p = ,601$). Ahora bien, al continuar con los análisis del efecto mediador del estrés percibido sobre la relación entre la tolerancia al estrés y la salud física, se confirma que el efecto del estrés es significativo ($B = 0,09$; $Z = 2,31$; $p = ,021$). Es decir, el estrés percibido por estas mujeres funciona como variable mediadora entre la tolerancia al estrés y la salud física.

En tercer lugar, con respecto a la salud psicológica general, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y la tolerancia al estrés muestran que el estrés percibido ha resultado ser significativo dentro del modelo ($B = -0,487$; $t = -4,88$; $p < ,001$); sin embargo, pese a que el modelo explica el 24,1% de la varianza total de la variable salud psicológica general, la tolerancia al estrés no ha

resultado ser significativa ($B = 0,092$; $t = 1,74$; $p = ,084$). Por otra parte, el efecto total de la variable tolerancia al estrés sobre la salud psicológica general ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,171$; $t = 3,12$; $p = ,002$). Sin embargo, el efecto directo de la variable tolerancia al estrés sobre la salud física tampoco ha resultado ser estadísticamente significativo ($B = 0,09$; $t = 1,74$; $p = ,084$). Ahora bien, al continuar con los análisis del efecto mediador del estrés percibido sobre la relación entre la tolerancia al estrés y la salud psicológica se confirma que el efecto del estrés es significativo ($B = 0,13$; $Z = 2,80$; $p = ,005$). Es decir, el estrés percibido por estas mujeres funciona como variable mediadora entre la tolerancia al estrés y la salud psicológica.

En referencia al control de los impulsos, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y esta variable muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través del control de los impulsos manifestado por estas mujeres ha sido del 2,33% y se ha encontrado que la variable control de los impulsos no es significativa dentro del modelo ($B = -0,068$; $t = -1,64$; $p = ,103$). Con respecto a la salud física, tampoco se han encontrado efectos significativos ni total del control de los impulsos sobre la salud física ($B = 0,003$; $t = 0,05$; $p = ,959$), ni directo del control de los impulsos sobre la salud física ($B = -0,03$; $t = -0,47$; $p = ,632$) ni indirecto del control de los impulsos sobre la salud física a través del estrés percibido ($B = 0,049$; $Z = 1,469$; $p < ,142$). Por último, con respecto a la salud psicológica general, tampoco han resultado estadísticamente significativos ni el efecto total del control de los impulsos sobre la salud psicológica general ($B = 0,04$; $t = 0,82$; $p = ,411$), ni el efecto directo de la variable control de los impulsos sobre la salud psicológica general ($B = 0,03$; $t = 0,07$; $p = ,945$) ni el efecto indirecto del control de los impulsos sobre la salud psicológica general a través del estrés percibido ($B = 0,072$; $Z = 1,554$; $p < ,120$). Por ello, se descartan posibles efectos de mediación del estrés percibido sobre la relación entre control de los impulsos y salud física y salud psicológica.

Por último, con respecto a la inteligencia emocional total, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y esta variable muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través de la inteligencia emocional total de estas mujeres ha sido del 9,92%, aunque se ha encontrado que la variable inteligencia emocional total no es una variable significativa dentro del modelo ($B = 0,021$; $t = 0,61$; $p = ,542$).

En segundo lugar, con respecto a la salud física, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y la inteligencia emocional total muestran que el estrés percibido ha resultado ser significativo dentro del modelo ($B = -0,498$; $t = -3,22$; $p = ,002$); sin embargo, pese a que el modelo explica el 9,9% de la varianza total de la variable salud física, la inteligencia emocional total no ha resultado ser significativa dentro del modelo ($B = 0,021$; $t = 0,611$; $p = ,542$). En cuanto al efecto total de la inteligencia emocional total sobre la salud física, se observa que este efecto total no ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,048$; $t = 1,35$; $p = ,179$). Tampoco el efecto directo de la inteligencia emocional total sobre la salud física ha resultado ser significativo ($B = 0,021$; $t = 0,61$; $p = ,542$). Ahora bien, al continuar con los análisis del efecto mediador del estrés percibido sobre la relación entre la inteligencia emocional total y la salud física, se confirma que el efecto del estrés es significativo ($B = 0,070$; $Z = 1,98$; $p = ,047$). Es decir, el estrés percibido por estas mujeres funciona como variable mediadora entre la inteligencia emocional total y la salud física.

En tercer lugar, con respecto a la salud psicológica general, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y la inteligencia emocional total muestran que el estrés percibido ha resultado ser significativo dentro del modelo ($B = -0,498$; $t = -3,22$; $p = ,002$); sin embargo, pese a que el modelo explica el 24,1% de la varianza total de la variable salud psicológica general, la inteligencia emocional total no ha resultado ser significativa ($B = 0,021$; $t = 0,611$; $p = ,542$). En cuanto al efecto total

de la inteligencia emocional total sobre la salud psicológica general, se observa que este efecto total ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,062$; $t = 2,62$; $p = ,010$). Sin embargo, el efecto directo de la inteligencia emocional total sobre la salud psicológica general no ha resultado ser significativo ($B = 0,035$; $t = 1,61$; $p = ,109$).

Ahora bien, al continuar con los análisis del efecto mediador del estrés percibido sobre la relación entre la inteligencia emocional total y la salud psicológica general, se confirma que el efecto del estrés es significativo ($B = 0,103$; $Z = 2,26$; $p = ,024$). Es decir, el estrés percibido por estas mujeres funciona como variable mediadora entre la inteligencia emocional total y la salud psicológica general.

3.3.4. Conclusiones del estudio 3.

En términos generales, las abuelas de la generación sándwich presentan unos niveles adecuados de inteligencia emocional. Ahora bien, no se aprecian diferencias en la inteligencia emocional de estas mujeres en función de la ayuda y los cuidados proporcionados, ni tampoco en base a si perciben o no incidencias negativas derivadas de los cuidados.

Sin embargo, una alta inteligencia emocional en las mujeres estudiadas sí se relaciona, en términos generales, con un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo. Específicamente, una alta inteligencia emocional se relaciona con un mayor uso de las estrategias de afrontamiento reinterpretación positiva y aceptación y con un menor uso de las estrategias de afrontamiento desahogo y autoinculpación.

De los tres dominios de inteligencia emocional evaluados, es la tolerancia al estrés la que se relaciona en estas mujeres con un mayor número de estrategias de afrontamiento del estrés. En concreto, una alta tolerancia al estrés en estas mujeres se relaciona con un mayor uso del afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva y, de manera muy especial, con un mayor uso de la estrategia de aceptación y, al mismo tiempo, se relaciona con un menor uso de las estrategias de desconexión conductual y desahogo. Esta estrategia de

afrontamiento, el desahogo, es la única estrategia de afrontamiento cuyo uso se vincula con los tres dominios de inteligencia emocional y con la inteligencia emocional total, y lo hace además con cada uno de ellos de manera inversa, de forma que un mayor uso de la estrategia de afrontamiento de desahogo se relaciona en estas mujeres con una menor flexibilidad, una menor tolerancia al estrés, un menor control de los impulsos y una menor inteligencia emocional general.

Por otro lado, se observa un mejor ajuste biopsicosocial en las abuelas de la generación sándwich que muestran una mayor inteligencia emocional en las estrategias flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos.

En concreto, las mujeres con una alta inteligencia emocional y, específicamente, aquellas con mayor tolerancia al estrés, perciben menos estrés. De manera análoga, al clasificar a las mujeres estudiadas en base a su inteligencia emocional, aquellas mujeres pertenecientes al grupo de inteligencia emocional alta (grupo 1), muestran un menor estrés percibido.

En cuanto al estado de salud mostrado por estas mujeres en función de su inteligencia emocional, las mujeres que muestran una alta inteligencia emocional muestran mejores puntuaciones en todos los indicadores analizados y muestran, de forma especialmente significativa, mayor satisfacción con su salud, mejor salud psicológica general, menos ansiedad, más felicidad, menor presencia de trastornos psiquiátricos y menor consumo de hipnóticos.

En cuanto a los dominios específicos de la inteligencia emocional evaluados, se observa que la tolerancia al estrés es el dominio que, además de relacionarse con un mayor número de estrategias de afrontamiento, como se ha señalado previamente, es también el único dominio que se encuentra vinculado al afrontamiento de estrés de tipo aproximativo y el que se relaciona con un mayor número de indicadores de ajuste biopsicosocial. Por otra parte, la flexibilidad se relaciona específicamente con menor depresión y menor presencia de trastornos psiquiátricos

y con mayor felicidad, por lo que aparece vinculada de manera especial a la afectividad y a los estados anímicos de las abuelas de la generación sándwich. Por último, el control de los impulsos solo muestra relaciones de tipo inverso, es decir, no es su presencia sino su ausencia lo que se relaciona con la salud de estas mujeres, en concreto con una mayor ansiedad y con una mayor presencia de cardiopatías.

Por último, se confirma que el estrés percibido por estas mujeres está actuando como mediador entre la inteligencia emocional de estas mujeres y su salud física y psicológica. En concreto, ese efecto mediador del estrés percibido tiene lugar de manera especial entre la tolerancia al estrés mostrada por estas mujeres y su salud física y psicológica.

3.3.5. Difusión de los resultados del estudio 3.

Los resultados parciales de este estudio han sido difundidos a través de la publicación de un artículo científico y a través de una comunicación en formato póster en un congreso nacional.

- Artículo científico:

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (2016). Ajuste psicológico y clasificación de mujeres cuidadoras de nietos y nietas y/o ascendientes en función de su inteligencia emocional. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 161-169.

- Manuscritos en proceso de revisión:

Luna, S., Ramos, P. & Rivera, F. (en revisión). Coping, emotional intelligence and psychological adjustment of grandmothers in four-generation families. *Aging & Society*.

- Comunicaciones científicas:

Luna, S., Majón-Valpuesta, D., Ramos, P., & Rivera, F. (2016, Junio). Ajuste psicológico de las abuelas de la generación sándwich en función de su inteligencia emocional. En M. García Moreno (Presidencia). Póster científico presentado en el 58 *Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, Sevilla, España.

Estudio 4: Disposición al optimismo y ajuste biopsicosocial de abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.

3.4.1. Objetivos del estudio 4.

El objetivo general de este estudio es conocer la relación existente entre la disposición al optimismo de las abuelas de la generación sándwich y su nivel de ajuste biopsicosocial.

Los objetivos específicos de este estudio son:

3.4.1.1. Conocer la disposición al optimismo de las abuelas de la generación sándwich.

3.4.1.2. Conocer cómo se distribuyen las abuelas de la generación sándwich según su disposición al optimismo.

3.4.1.3. Conocer cuál es la disposición al optimismo de estas mujeres en función de la ayuda y la carga del cuidado que asuman, así como en función de su percepción de incidencias negativas derivadas de los cuidados.

3.4.1.4. Conocer cómo se relaciona la disposición al optimismo mostrada por estas mujeres con sus estrategias de afrontamiento y su inteligencia emocional.

3.4.1.5. Conocer si existe alguna relación entre la disposición al optimismo de las abuelas de la generación sándwich y su estrés percibido.

3.4.1.5. Conocer si existe alguna relación entre la disposición al optimismo y los diferentes indicadores de salud de estas mujeres.

3.4.1.6. Conocer si el nivel de estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich está mediando en la relación entre la disposición al optimismo de estas mujeres y su salud.

3.4.2. Metodología específica del estudio 4.

3.4.2.1. Muestra del estudio.

En este estudio participó el total de la muestra seleccionada en la presente tesis doctoral: 149 mujeres del suroeste de España que cumplían los siguientes criterios de inclusión: por una parte, ser abuela y, por otra, tener algún ascendente directo vivo (padre, madre, suegro y/o suegra). Los criterios de exclusión empleados fueron los generales, por lo que no se incluyeron en el estudio a mujeres que padecieran alguna patología mental grave y/o que le impidiera comprender la entrevista, que no hablaran correctamente el idioma o no firmasen el consentimiento informado. El resto de características sociodemográficas de la muestra puede consultarse en el capítulo 2, correspondiente a la metodología general de esta tesis doctoral.

3.4.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.

En este estudio se ha evaluado la intensidad de cada tipo de ayuda proporcionada y la carga de cuidados asumida por las abuelas de la generación sándwich. Tal y como se describe en el estudio 2 de la presente tesis doctoral, se ha distinguido entre la ayuda económica, la ayuda instrumental y la ayuda afectiva. Asimismo, tal y como se describe en el capítulo 2, dedicado a la metodología general de los cinco estudios realizados, para la evaluación de la carga del cuidado se han establecido los cuatro grupos de carga de cuidados: grupo sin carga de cuidados, grupo con carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, grupo con carga de cuidados solo hacia ascendientes y grupo de doble carga de cuidados.

Por su parte, el optimismo disposicional se ha evaluado a través de la adaptación de la escala de orientación vital LOT-R descrita en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral, donde se detalla la metodología general empleada en los cinco estudios que la integran.

Para evaluar el estrés percibido se ha empleado la escala de estrés percibido PSS-4. El estado de salud se evaluó a través de las correspondientes subescalas del cuestionario WHOQOL-BREF, del cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg y de cuatro

indicadores adicionales de salud, en concreto la presencia de enfermedad psiquiátrica, la presencia de cardiopatías, la frecuencia de consumo de hipnóticos y la frecuencia de consumo de tranquilizantes. Se pueden consultar los detalles de estos instrumentos de evaluación en el capítulo 2 de la tesis doctoral dedicada a la metodología común de los cinco estudios que conforman esta tesis doctoral.

3.4.2.3. Análisis de datos.

Para la consecución del primer objetivo, se han empleado estadísticos descriptivos de la variable objeto de estudio.

Para la consecución del segundo objetivo, se ha realizado un análisis de clúster bietápico utilizando las puntuaciones en optimismo disposicional. Posteriormente, para establecer las comparaciones entre los grupos se han empleado las pruebas estadísticas Chi-cuadrado, t de Student y Anova ($p < ,05$).

Para los análisis bivariados se ha recurrido a pruebas basadas en correlación de Pearson. De forma complementaria, para determinar los tamaños de efecto se emplearon las pruebas d de Cohen y eta-cuadrado, cuya interpretación se describe en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral.

Por otro lado, para la consecución del último objetivo, consistente en establecer posibles efectos de mediación del estrés, se ha empleado el procedimiento de mediación simple, también denominado análisis de efectos directos e indirectos.

3.4.3. Resultados del estudio 4.

3.4.3.1. Disposición al optimismo en las abuelas de la generación sándwich y su clasificación en función de esta variable.

Como puede apreciarse en la tabla 36, las abuelas de la generación sándwich, en términos generales, muestran una puntuación bastante alta de optimismo ($x = 11,21$, $\sigma = 2,7$).

Posteriormente, se ha realizado un análisis de clúster bietápico sobre la disposición al optimismo mostrada por estas mujeres, dando como resultado una distribución en tres grupos claramente diferenciados en función de su optimismo. El primer grupo, compuesto por 76 mujeres, como se puede observar en la misma tabla, con puntuaciones entre 12 y 15 puntos en una escala de 3 a 15, se caracteriza por un optimismo alto ($x = 13,30$, $\sigma = 1,07$); el segundo grupo, compuesto por 49 mujeres con puntuaciones entre 9 y 11 puntos, muestra un optimismo medio ($x = 10,20$, $\sigma = 0,84$); en último lugar, el grupo menos numeroso, compuesto por 23 mujeres con puntuaciones entre 3 y 8 puntos, muestra un optimismo bajo ($x = 6,43$, $\sigma = 1,67$).

Tabla 36. Disposición al optimismo general y por grupos.

	Disposición al optimismo				
	N	M	DE	Mínimo	Máximo
General	148	11,21	2,72	3	15
Grupo 1 (optimismo alto)	76	13,30	1,07	12	15
Grupo 2 (optimismo medio)	49	10,20	0,84	9	11
Grupo 3 (optimismo bajo)	23	6,43	1,67	3	8

En la tabla 37 se muestra el contraste de las diferencias mostradas entre los grupos mediante los tamaños de efecto, estimados en base a la d de Cohen.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo, como puede apreciarse en la dicha tabla, se observa que las diferencias de los grupo entre sí en función de su optimismo muestran un tamaño de efecto grande ($d = 3,17$, $d = 5,63$ y $d = 3,28$, respectivamente). Es decir, cada grupo de mujeres clasificadas en función de su disposición al optimismo se diferencia de los otros dos de manera clara en sus puntuaciones de optimismo, encontrando, como resulta

lógico, la mayor diferencia entre el grupo caracterizado por un optimismo alto y el grupo caracterizado por un optimismo bajo.

Tabla 37. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en estrés percibido entre los tres grupos establecidos en función del optimismo.

		Grupos en función del optimismo		
		Grupo 1 (optimismo alto)	Grupo 2 (optimismo medio)	Grupo 3 (optimismo bajo)
Grupos en función del optimismo	Grupo 1 (optimismo alto)	-	-	-
	Grupo 2 (optimismo medio)	3,17***	-	-
	Grupo 3 (optimismo bajo)	5,63***	3,28***	-

Nota. *** tamaño de efecto grande.

3.4.3.2. Relación entre la ayuda y los cuidados ofrecidos y la disposición al optimismo de las mujeres estudiadas.

En la tabla 38 se muestran las correlaciones encontradas entre la intensidad de cada tipo de ayuda ofrecida por las abuelas de la generación sándwich y su optimismo. Tal y como se aprecia en dicha tabla, ninguna correlación resulta significativa, por lo que la intensidad de la ayuda ofrecida no aparece vinculada al optimismo de estas mujeres.

Tabla 38. Relación entre la intensidad de la ayuda económica, instrumental y afectiva y la disposición al optimismo.

		Disposición al optimismo	
Intensidad de la ayuda	Económica	Correlación de Pearson	-,03
		Sig. (bilateral)	,723
		N	148
	Instrumental	Correlación de Pearson	-,08
		Sig. (bilateral)	,359
		N	148
	Afectiva	Correlación de Pearson	-,02
		Sig. (bilateral)	,851
		N	148

Por otra parte, en la tabla 39 se detallan las puntuaciones medias obtenidas por las abuelas de la generación sándwich en disposición al optimismo según el grupo de carga de cuidados en el que se encuentren clasificadas y según perciban incidencias o no derivadas de la situación de cuidados.

Tabla 39. Comparación de la disposición al optimismo según la situación de cuidados y la percepción o no de incidencias negativas derivadas de dichos cuidados.

		Disposición al optimismo				
		N	M	DE	Mínimo	Máximo
Grupos de carga de cuidados	Grupo 1 (sin carga)	25	11,32	1,93	6	15
	Grupo 2 (carga nietos/nietas)	35	11,06	3,08	4	15
	Grupo 3 (carga ascendientes)	41	10,95	2,86	3	15
	Grupo 4 (doble carga)	47	11,49	2,73	4	15
Percepción de incidencias negativas	No	85	11,49	2,45	4	15
	Sí	63	10,83	3,02	3	15

Como puede observarse en dicha tabla, las puntuaciones de disposición al optimismo son relativamente similares en los cuatro grupos de carga del cuidado, apreciándose sin

embargo una mayor diferencia aparente entre las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados y las que no perciben incidencias.

Al comparar estadísticamente las diferentes puntuaciones en el nivel de optimismo de las abuelas de la generación sándwich en función del grupo de carga de cuidados en el que se encuentren clasificadas, no se aprecian diferencias significativas en el análisis de la varianza entre los grupos [$F(3, 144) = 0,33, p = ,800$]. Al completar el análisis con los tamaños de efecto de las diferencias entre los grupos se confirma que dicho tamaño de efecto es despreciable en todas las comparaciones, salvo al comparar la puntuación media del grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes con la puntuación media del grupo de doble carga que, tal y como se muestra en la tabla 40, muestra un tamaño de efecto bajo ($d = -0,20$). Esto supone que sí existe una pequeña diferencia entre el optimismo mostrado por las abuelas de la generación sándwich que tienen carga de cuidados solo hacia sus ascendientes con respecto a aquellas que tienen una doble carga de cuidados tanto hacia sus ascendientes como hacia sus nietos y/o nietas, siendo estas últimas, las mujeres que asumen una doble carga, las que muestran un mayor optimismo.

Por otro lado, al comparar las medias de disposición al optimismo de las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados con aquellas que no perciben incidencias, tampoco se aprecia una diferencia significativa [$t(146) = 1,48, p = ,140$] pero, al completar el análisis con el tamaño de efecto de dicha diferencia, tal y como se aprecia en la tabla 40, se observa un tamaño de efecto bajo ($d = -0,20$), por lo que se confirma que las mujeres que perciben incidencias derivadas de los cuidados manifiestan una disposición al optimismo ligeramente menor que aquellas que no perciben incidencias.

Tabla 40. Tamaños del efecto (estimados en base a la d de Cohen) de las comparaciones de medias en disposición al optimismo entre los diferentes grupos de carga de cuidados y entre mujeres con y sin percepción de incidencias derivadas de los cuidados.

		Grupos de carga de cuidados			
		Grupo 1 (sin carga)	Grupo 2 (nietos/nietas)	Grupo 3 (carga ascendientes)	Grupo 4 (doble carga)
Disposición al optimismo	Grupos de carga de cuidados				
	Ninguna	-	-	-	-
	Solo nietos/nietas	0,10	-	-	-
	Solo ascendientes	0,15	0,04	-	-
	Doble carga	-0,07	-0,15	-0,20*	-
	Percepción de incidencias negativas				
		No		Sí	
	Percepción de incidencias negativas	No	-	-	-
		Sí	-0,20*	-	-

Nota. * tamaño de efecto bajo,

3.4.3.3. Relación entre la disposición al optimismo de las abuelas de la generación sándwich y su ajuste biopsicosocial

Al relacionar la disposición al optimismo de estas mujeres con su nivel de estrés percibido, se encuentra que existe una correlación significativa negativa entre ambas variables ($r = -.28, p = .001$). Al analizar si existe relación entre dicho estrés percibido y el grupo en el que estas mujeres han sido clasificadas en función de su optimismo, como puede observarse en la tabla 41, se observan diferencias significativas en el estrés entre el grupo caracterizado por un optimismo bajo con respecto a los otros dos. Es decir, las mujeres pertenecientes al grupo de optimismo bajo muestran un nivel de estrés significativamente mayor ($t = -2,64, p = .010$) que aquellas que se caracterizan por un optimismo medio y aún mayor ($t = -3,34, p = .001$) que aquellas mujeres caracterizadas por un optimismo alto.

Tabla 41. Diferencias en el estrés percibido entre los grupos de mujeres clasificadas en base a su disposición al optimismo.

	Estrés percibido					
	Optimismo alto (grupo 1)		Optimismo medio (grupo 2)		Optimismo bajo (grupo 3)	
	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Optimismo alto (grupo 1)	-	-	-	-	-	-
Optimismo medio (grupo 2)	-1,07	,287	-	-	-	-
Optimismo bajo (grupo 3)	-3,34	,001**	-2,64	,010*	-	-

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Con respecto a la relación entre la tendencia al optimismo de estas mujeres y su salud global autopercebida, encontramos, tal y como puede apreciarse en la tabla 42, existe una correlación significativa positiva entre optimismo y autovaloración de la salud ($r = ,19$, $p = ,026$), con un tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,036$). Esto es, cuánto más optimistas son estas mujeres, mayor es su autovaloración de la salud.

En la misma tabla también se aprecia una correlación significativa positiva entre optimismo y salud física ($r = ,20$, $p = ,016$), con un tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,040$), luego, a mayor optimismo, mayor salud física.

Con respecto a la salud psicológica, puede observarse una correlación significativa positiva entre optimismo y salud psicológica general ($r = ,37$, $p < ,001$), con un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = 0,137$), así como una correlación significativa negativa entre optimismo y ansiedad ($r = -,23$, $p = ,004$), con un tamaño de efecto bajo ($\eta^2 = 0,053$), sin que se aprecien una relación significativa entre optimismo y depresión. Es decir, un mayor optimismo en estas mujeres se corresponde con una mayor salud psicológica general y menor ansiedad, pero no con mayor o menor presencia de depresión.

Tabla 42. Disposición al optimismo y salud en las abuelas de la generación sándwich.

	Disposición al optimismo				
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	η^2	Tamaño de efecto
Satisfacción con la salud	,09	,256	148	0,008	despreciable
Autovaloración de la salud	,19	,023*	147	0,036*	Bajo
Salud física	,20	,016*	148	0,040*	Bajo
Salud psicológica general	,37	,000**	148	0,137**	Medio
Ansiedad	-,23	,004**	146	0,053*	Bajo
Depresión	-,14	,096	142	0,020*	Bajo
Calidad de vida general	,24	,003**	148	0,058*	Bajo
Satisfacción vital	,23	,005**	148	0,053*	Bajo
Felicidad	,30	,000**	147	0,090**	Medio
Cardiopatía	-,07	,386	147	0,005	despreciable
Trastorno psiquiátrico	-,33	,012*	147	0,109**	Medio
Consumo hipnóticos	-,06	,431	148	0,004	despreciable
Consumo ansiolíticos	-,08	,351	148	0,006	despreciable

Nota. * tamaño de efecto bajo, ** tamaño de efecto medio.

En cuanto a los indicadores de bienestar subjetivo, tal y como se puede apreciar en la tabla 42, el optimismo correlaciona de forma significativa y positiva con la calidad de vida, la satisfacción vital y la felicidad en estas mujeres ($r = ,24$, $p = ,003$; $r = ,237$, $p = ,005$ y $r = ,30$, $p < ,001$ respectivamente), con un tamaño de efecto bajo en el caso de la calidad de vida y la satisfacción vital ($\eta^2 = 0,058$ y $\eta^2 = 0,053$, respectivamente), y con un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = 0,090$) en el caso de la felicidad. Es decir, un aumento en el optimismo se relaciona con un aumento en la calidad de vida global, la satisfacción vital y la felicidad, siendo mayor la relación entre optimismo y felicidad que entre optimismo y los otros indicadores de bienestar subjetivo.

Por último, con respecto a los indicadores adicionales de salud, tal y como se puede observar en la misma tabla, el optimismo solo muestra una correlación significativa con uno de ellos, en concreto con la presencia de trastornos psiquiátricos, con quien presenta una correlación negativa ($r = -,33, p = ,012$), con un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = 0,109$). Así, un mayor optimismo se relaciona con una menor presencia de trastornos psiquiátricos.

3.4.3.4. Relación entre la disposición al optimismo de estas las mujeres y sus estrategias de afrontamiento y su inteligencia emocional

En la tabla 43 pueden observarse las diferentes puntuaciones medias obtenidas por las abuelas de la generación sándwich en cada uno de los grupos de afrontamiento del estrés.

Tabla 43. Diferencias en la puntuación de optimismo entre los dos grupos de afrontamiento del estrés.

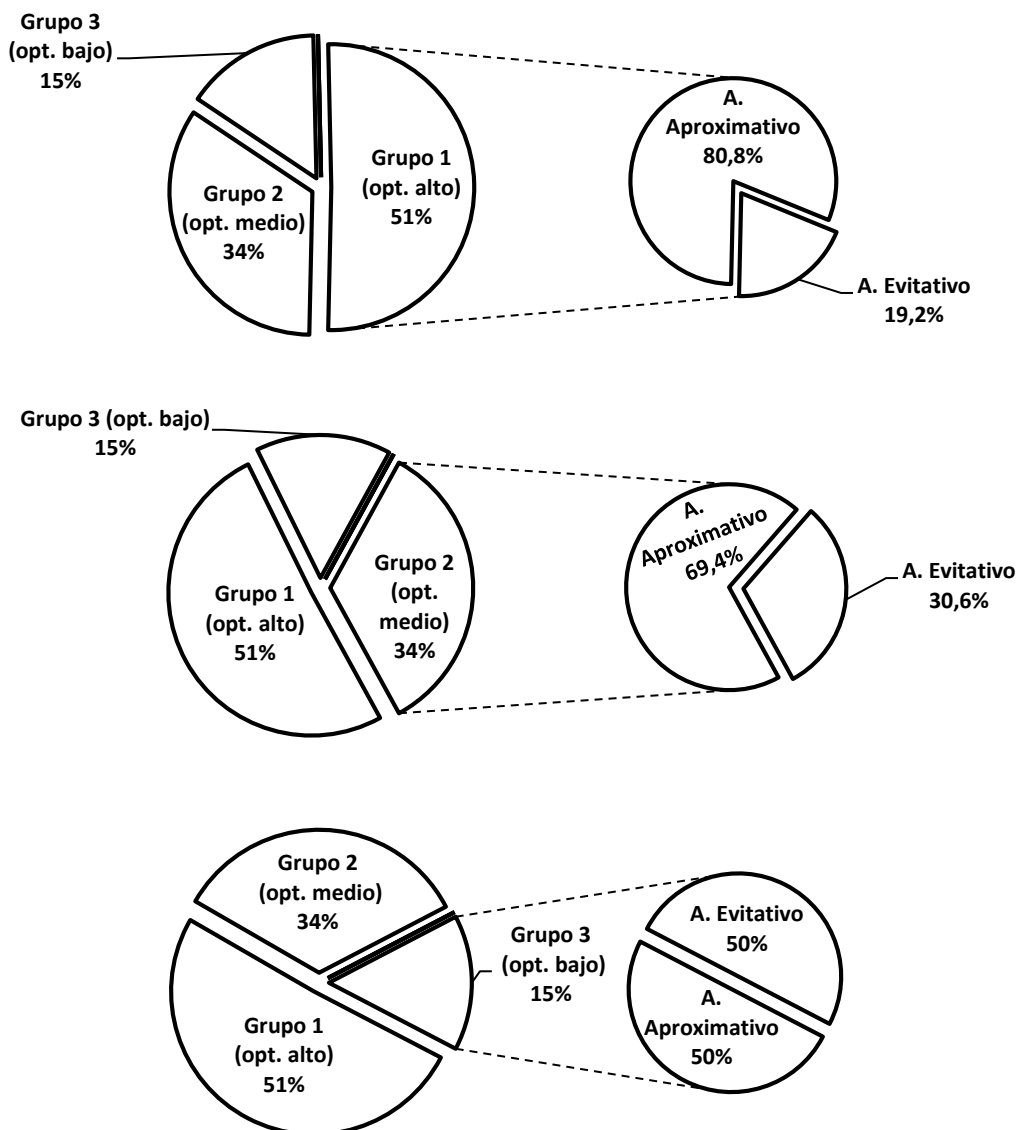
		Disposición al optimismo						
		M	DE	N	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Tamaño Efecto
Afrontamiento del estrés	Grupo 1	11,72	2,48	104	3,78	,000	0,71	Medio
	Grupo 2	9,93	2,74	40				

Tal y como puede apreciarse en dicha tabla, las diferencias en la disposición al optimismo entre ambos grupos en función del tipo de afrontamiento del estrés empleado resultan estadísticamente significativas ($t = 3,78, p < ,001$), con un tamaño de efecto medio ($d = 0,71$).

Por otra parte, en la figura 9 puede observarse la distribución de los grupos de mujeres en base a su optimismo según se clasifiquen en el grupo de afrontamiento aproximativo o evitativo. Al aplicar la prueba de significación Chi-cuadrado se observa que esta distribución no guarda la proporción que cabría esperar de haberse repartido de forma azarosa entre los

grupos ($\chi^2 = 8,30, p = ,016$), por lo que el afrontamiento de tipo aproximativo tiende a ser más empleado entre las mujeres que tienen un optimismo medio y alto, mientras el afrontamiento de tipo evitativo tiende a ser empleado con más frecuencia entre aquellas mujeres que tienen un optimismo bajo.

Figura 9. Tipo de afrontamiento empleado por cada grupo de optimismo.



Por otro lado, al comparar las puntuaciones medias en la tendencia al optimismo de las abuelas de la generación sándwich en función del tipo de afrontamiento que emplean, se

observa que existe una diferencia significativa entre ambos grupos [$t(142) = 3,78, p < ,001$], con un tamaño de efecto medio ($d = 0,71$). De esta forma, se confirma que las mujeres que emplean un afrontamiento de tipo aproximativo tienden a ser más optimistas que aquellas que emplean un afrontamiento de tipo evitativo.

En cuanto a la puntuación de optimismo en relación con las diferentes estrategias de afrontamiento, como se muestra en la tabla 44, esta muestra una correlación positiva y significativa con las estrategias afrontamiento activo ($r = ,23, p = ,006$), apoyo emocional ($r = ,18, p = ,027$), reinterpretación positiva ($r = ,33, p < ,001$), aceptación ($r = ,40, p < ,001$) y humor ($r = ,25, p = ,002$), y una correlación significativa negativa con la estrategia de autoinculpación ($r = -,21, p = ,010$). Es decir, un mayor optimismo se relaciona con un mayor uso de las estrategias afrontamiento activo, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación y humor y con un menor uso de la estrategia de autoinculpación.

Tabla 44. Relación entre el optimismo y las diferentes estrategias de afrontamiento.

		Optimismo
	Correlación de Pearson	,23
Afrontamiento activo	Sig. (bilateral)	,006**
	N	144
Planificación	Correlación de Pearson	0,08
	Sig. (bilateral)	,329
	N	144
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	,18
	Sig. (bilateral)	,027**
	N	144
Apoyo instrumental	Correlación de Pearson	0,14
	Sig. (bilateral)	,097
	N	144
Religión	Correlación de Pearson	0,07
	Sig. (bilateral)	,431
	N	144
Reinterpretación positiva	Correlación de Pearson	,33
	Sig. (bilateral)	,000**
	N	144
Aceptación	Correlación de Pearson	,40
	Sig. (bilateral)	,000**
	N	144
Negación	Correlación de Pearson	-0,09
	Sig. (bilateral)	,277
	N	144
Humor	Correlación de Pearson	,25
	Sig. (bilateral)	,002**
	N	144
Autodistracción	Correlación de Pearson	-0,04
	Sig. (bilateral)	,596
	N	144
Autoinculpación	Correlación de Pearson	-,21
	Sig. (bilateral)	,010*
	N	144
Desconexión	Correlación de Pearson	-0,05
	Sig. (bilateral)	,577
	N	144
Desahogo	Correlación de Pearson	0,01
	Sig. (bilateral)	,947
	N	144
Uso de sustancias	Correlación de Pearson	-0,08
	Sig. (bilateral)	,341
	N	145

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

En cuanto a la relación entre el optimismo de las abuelas de la generación sándwich y su inteligencia emocional, en la tabla 45 pueden observarse las puntuaciones medias obtenidas en optimismo de cada grupo de mujeres clasificado en función de su inteligencia emocional.

Tabla 45. Puntuaciones medias en disposición al optimismo en ambos grupos de inteligencia emocional.

Grupo de inteligencia emocional		N	M	DE	Mínimo	Máximo
Disposición al optimismo	Grupo 1 (inteligencia emocional alta)	57	11,54	2,65	4	15
	Grupo 2 (inteligencia emocional baja)	58	10,83	2,50	4	15

Al analizar estadísticamente dichas puntuaciones, se observa que las diferencias entre ambas no son significativas [$t(113) = 1,49, p = ,139$], por lo que los grupos de inteligencia emocional no se diferencian por su nivel de optimismo.

Sin embargo, al relacionar las puntuaciones en optimismo de estas mujeres con sus puntuaciones en los dominios flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos de inteligencia emocional, así como con sus puntuaciones en inteligencia emocional total, se aprecian algunas diferencias significativas.

En concreto, tal y como puede apreciarse en la tabla 46, se observa que existe una correlación positiva significativa entre optimismo e inteligencia emocional total ($r = ,20 p = ,034$) y, específicamente, entre optimismo y tolerancia al estrés ($r = ,28 p = ,002$), de forma que una inteligencia emocional alta y, especialmente, una alta tolerancia al estrés, se relacionan con una mayor tendencia al optimismo en estas mujeres.

Tabla 46. Relación entre el optimismo y flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos e inteligencia emocional total.

			Optimismo		
			Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Inteligencia emocional	Dominios	Flexibilidad	,14	,132	115
		Tolerancia al estrés	,28**	,002	115
		Control de los impulsos	,02	,848	115
	Total IE		,20*	,034	115

3.4.3.5. Efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich en la relación entre la disposición al optimismo de estas mujeres y su salud.

A continuación se describen los resultados obtenidos al analizar los posibles efectos de mediación del estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich sobre la relación entre la disposición al optimismo de estas mujeres y su salud física y psicológica general.

En primer lugar, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre el estrés percibido y la disposición al optimismo muestran que el porcentaje de varianza explicada del estrés percibido a través la disposición al optimismo ha sido del 7,9% y se ha encontrado que la variable optimismo es una variable significativa dentro del modelo ($B = -0,333$; $t = -3,53$; $p = ,001$).

En segundo lugar, con respecto a la salud física, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y el optimismo muestran que el estrés percibido ha resultado ser significativo dentro del modelo ($B = -0,466$; $t = -3,90$; $p = ,001$); aunque el modelo explica el 13% de la varianza total de la variable salud física, el optimismo no ha resultado ser significativo ($B = 0,190$; $t = 1,34$; $p = ,183$). Ahora bien, al continuar con los análisis del efecto mediador del estrés percibido sobre la relación entre la

disposición al optimismo y la salud física, se observa que el efecto del estrés es significativo ($B = 0,138$; $Z = 3,17$; $p < ,002$). Es decir, el estrés percibido por estas mujeres se muestra como variable mediadora entre su disposición al optimismo y su salud física.

Por su parte, con respecto a la salud psicológica general, los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables predictoras el estrés percibido y el optimismo muestran que ambas variables han resultado significativas dentro del modelo, estrés percibido ($B = -0,523$; $t = -7,05$; $p < ,001$) y disposición al optimismo ($B = 0,273$; $t = 3,09$; $p = ,002$). El modelo explica el 34,9% de la varianza total de la variable salud psicológica general.

En tercer lugar, el efecto total de la variable disposición al optimismo sobre la salud psicológica general ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,447$; $t = 4,57$; $p < ,001$). En cuarto lugar, el efecto directo de la variable optimismo sobre la salud psicológica general ha sido estadísticamente significativo ($B = 0,273$; $t = 3,09$; $p = ,002$). Por último, el efecto indirecto de la disposición al optimismo sobre la salud psicológica general a través del estrés percibido, también ha resultado estadísticamente significativo ($B = 0,138$; $Z = 3,17$; $p < ,002$).

Por todo ello, se confirma que el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich funciona como factor mediador en la relación entre su disposición al optimismo y su salud física y psicológica general.

3.4.4. Conclusiones del estudio 4.

En términos generales, las abuelas de la generación sándwich presentan una alta tendencia al optimismo.

No se percibe una relación relevante entre ayuda y cuidados familiares asumidos y la tendencia al optimismo de las abuelas de la generación sándwich, salvo un mayor optimismo en aquellas mujeres que están asumiendo una doble carga de cuidados frente a aquellas que tienen carga de cuidado solo hacia sus ascendientes. Además, también se observa que las

mujeres que perciben incidencias por los cuidados muestran una menor disposición al optimismo.

Un optimismo bajo en las abuelas de la generación sándwich se relaciona con mayor estrés y con una menor salud en todos los indicadores evaluados y, de manera especial, con una peor salud psicológica general, una mayor presencia de trastornos psiquiátricos y una menor felicidad.

Las abuelas de la generación sándwich caracterizadas por un optimismo medio o alto tienden a emplear un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo. En concreto, un mayor optimismo se relaciona con un mayor uso de las estrategias afrontamiento activo, apoyo emocional, humor y, en mayor medida, con un mayor uso de las estrategias reinterpretación positiva y aceptación y con un menor uso de la estrategia autoinculpación.

Por otra parte, el optimismo mostrado por las abuelas de la generación sándwich también se relaciona con su inteligencia emocional, especialmente, con una mayor tolerancia al estrés.

Además, se confirma que el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich funciona como mediador entre la disposición al optimismo mostrada por estas mujeres y su salud física y psicológica general.

3.4.5. Difusión de los resultados del estudio 4.

Algunos de los resultados parciales de este estudio han sido difundidos a través de una comunicación oral en un congreso nacional mientras otros, convertidos en propuestas de comunicación oral y de publicación respectivamente, se encuentran actualmente en proceso de revisión para ser difundidos en unas jornadas nacionales y para su publicación en una revista científica, tal y como se detalla a continuación.

- Manuscrito en proceso de revisión:

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, F. (en revisión). Situación de doble cuidado en abuelas con ascendientes: factores personales influyentes en su salud y estrés. *Spanish Journal of Psychology*.

- Comunicaciones:

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (2016, Junio). Clasificación de las abuelas de la generación sándwich en función de sus estrategias de afrontamiento: Relación con su ajuste psicológico. En M. García Moreno (Presidencia). Comunicación oral llevada a cabo en el *58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, Sevilla, España.

Luna, S., Ramos, P., & Rivera, F. (en revisión). Situación de doble cuidado en abuelas con ascendientes: factores personales influyentes en su salud y estrés. III Jornadas Nacionales de Psicología del Envejecimiento.

Estudio 5: Relación entre diferentes factores personales y psicosociales y su papel en el ajuste biopsicosocial de las abuelas cuidadoras de familiares ascendientes y descendientes de segundo grado.

3.5.1. Objetivos del estudio 5.

El objetivo general de este estudio es conocer cómo influyen de manera conjunta la carga de cuidados asumidos por las mujeres estudiadas, sus estrategias de afrontamiento, su inteligencia emocional y su optimismo, junto con otras variables sociodemográficas y sociales, sobre su nivel de ajuste biopsicosocial.

Los objetivos específicos de este estudio se detallan a continuación:

3.5.1.1. Conocer la influencia conjunta del tipo de afrontamiento empleado, de los tres dominios de la inteligencia emocional, de la inteligencia emocional total y del optimismo sobre el ajuste biopsicosocial de estas mujeres.

3.5.1.2. Conocer la relación de diferentes variables sociodemográficas (edad, convivir con pareja, nivel de estudios, percepción de la situación económica y tipo de hábitat) y el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas.

3.5.1.3. Conocer el apoyo social y la conflictividad familiar de la segunda generación de mujeres en familias de cuatro generaciones, así como su relación con su ajuste biopsicosocial.

3.5.1.4. Determinar cómo se relacionan entre sí las distintas variables sociodemográficas (edad, convivir con una pareja, nivel de estudios, percepción de la situación económica y tipo de hábitat), psicológicas (estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional y optimismo) y sociales (apoyo social percibido y existencia de relaciones familiares conflictivas) en la relación entre la carga de cuidados hacia ascendientes y descendientes de segundo grado sobre el estrés y la salud física y psicológica de las mujeres estudiadas.

3.5.2. Metodología específica del estudio 5.

3.5.2.1. Muestra del estudio.

Para este estudio se seleccionó a la muestra completa de 149 mujeres residentes en el suroeste de España, que cumplieran los criterios de inclusión de por una parte, ser abuela y, por otra, tener algún ascendente directo vivo (padre, madre, suegro y/o suegra) y que no cumplieran los criterios generales de exclusión: padecimiento de patología mental grave y/o que le impida comprender la entrevista, no hablar correctamente el idioma o no firmar el consentimiento informado.

3.5.2.2. Variables e instrumentos de evaluación.

Se han evaluado las siguientes variables sociodemográficas: edad, tener pareja (con convivencia), el tipo de hábitat, nivel de estudios (bajo o alto), percepción de la situación económica (existencia o no de dificultades económicas para llegar a final de mes).

En cuanto a la carga de cuidados, se ha distinguido la existencia o no de cuidados familiares frecuentes de forma diferenciada hacia ascendientes y/o hacia nietos y/o nietas.

En referencia a los recursos psicológicos, se han tenido en cuenta las estrategias de afrontamiento del estrés referentes al apoyo emocional, la aceptación, la negación y la autoinculpación (evaluadas con el cuestionario COPE-28), junto con la inteligencia emocional (evaluada con el Inventario de Cociente Emocional, EQ-i) y el optimismo (evaluado por la escala de orientación vital, LOT-R).

En referencia a los recursos sociales, se han tenido en cuenta el apoyo social percibido (evaluado con el cuestionario Duke-UNC) y la existencia de conflictos familiares (pregunta adaptada del CIS).

Por último, el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas ha sido evaluado a través de su estrés percibido (escala PSS-4), su salud física y su salud psicológica general (ambas

evaluadas a través de sus respectivas subescalas del cuestionario WHOQOL-BREF) y el nivel de ansiedad y depresión (evaluadas a través de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg).

Puede consultarse una descripción detallada de dichas variables, así como de sus respectivos instrumentos de evaluación, en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral, dedicado a la metodología común de los estudios que la componen.

3.5.2.3. *Análisis de datos.*

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha recurrido, en primer lugar, a análisis estadísticos descriptivos de la muestra en las variables estudiadas y a pruebas basadas en correlación de Pearson para el análisis bivariado. Como prueba de tamaño de efecto en este tipo de análisis se ha recurrido a la eta-cuadrado (de 0 a 0,009, despreciable; de 0,010 a 0,089, tamaño de efecto bajo; de 0,090 a 0,249, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,250, tamaño de efecto grande).

Asimismo, se ha procedido a realizar un análisis de los posibles efectos de interacción entre las estrategias de afrontamiento, los tres dominios de la inteligencia emocional evaluados, la inteligencia emocional total y el optimismo; en su influencia sobre el estrés y la salud psicológica general. Para ello se han tipificado las variables cuantitativas y se han realizado modelos de regresión lineal por pasos.

Para el análisis multivariante necesario para poder dar respuesta al último objetivo específico, se ha realizado un modelo de ecuaciones estructurales, mediante el método de estimación de Máxima Verosimilitud. El estudio del ajuste de los diferentes modelos se ha realizado a partir de diferentes índices de ajuste absoluto (X^2 y X^2/df), medidas basadas en los residuos ($SRMR$), índices de ajuste comparativo ($NNFI$, CFI , IFI y $AGFI$) y medidas de errores de aproximación ($RMSEA$ y $SRMR$). Por otro lado, para analizar posibles mejoras del modelo, se emplearon la prueba de Lagrange Multiplier (LM test) y el test de Wald. En el apartado

análisis de datos general se pueden consultar más detalles sobre la metodología empleada para en la realización de los modelos de ecuaciones estructurales.

3.5.3. Resultados del estudio 5.

3.5.3.1. Influencia conjunta entre el tipo de afrontamiento empleado y la inteligencia emocional sobre el estrés y la salud psicológica de estas mujeres.

En estudios previos ya se han encontrado resultados referentes a los efectos de los recursos psicológicos de las mujeres estudiadas sobre su estrés y su salud. En concreto, en el estudio 2 se pone de manifiesto el efecto que ejerce el tipo de afrontamiento sobre el estrés y la salud psicológica de las abuelas de la generación sándwich, mostrando efectos diferenciales según el tipo de afrontamiento empleado (aproximativo o evitativo) en los cuatro indicadores de ajuste analizados (estrés percibido, salud psicológica general, ansiedad y depresión). En el estudio 3 se observa una influencia similar de la inteligencia emocional. Por último, en el estudio 4 se confirma el efecto del optimismo sobre el estrés y la salud psicológica de las mujeres estudiadas. En este estudio 5 se exploran posibles efectos de acción conjunta de dichos recursos psicológicos sobre su estrés y su salud.

A través de diferentes modelos de regresión lineal por pasos se han analizado los efectos de las estrategias de afrontamiento, la inteligencia emocional y el optimismo sobre el estrés y la salud psicológica general de las mujeres estudiadas.

Para analizar el efecto combinado de estas variables sobre el estrés percibido y la salud psicológica general, en un primer paso se incluye la influencia del tipo de afrontamiento, evidenciando de nuevo, como puede observarse en la tabla 47, un claro y significativo efecto sobre los cuatro indicadores analizados: estrés percibido ($R^2 = ,157, p < ,001$), salud psicológica general ($R^2 = ,123, p < ,001$), ansiedad ($R^2 = ,056, p = ,003$) y depresión ($R^2 = ,092, p < ,001$), mostrando mayor influencia sobre el estrés percibido y la salud psicológica general.

Tabla 47. Índices de ajuste de los modelos de regresión lineal por pasos contrastados.

Modelos	Estrés		Salud psicológica general		Ansiedad		Depresión	
	R ²	Sig.	R ²	Sig.	R ²	Sig.	R ²	Sig.
Afrontamiento	,157	,000*	,123	,000*	,056	,003*	,092	,000*
Afrontamiento, Flexibilidad	,128	,865	,140	,046*	,038	,161	,109	,021*
Interacción Afrontamiento, Flexibilidad	n/a	n/a	,106	,008*	n/a	n/a	,132	,032*
Afrontamiento, Tolerancia al estrés	,173	,016*	,142	,039*	,083	,008*	,070	,371
Interacción Afrontamiento, Tolerancia al estrés	,182	,059	,164	,054	,107	,006*	n/a	n/a
Afrontamiento, Control de los impulsos	,163	,144	,116	,330	,081	,009*	,065	,634
Interacción Afrontamiento, Control de los impulsos	n/a	n/a	n/a	n/a	,107	,005*	n/a	n/a
Afrontamiento, IE total	,154	,070	,152	,019*	,109	,001*	,090	,081
Interacción Afrontamiento, IE total	n/a	n/a	,169	,005*	,121	,001*	n/a	n/a
Afrontamiento, Optimismo	,177	,038*	,175	,002*	,070	,082	,086	,761
Interacción Afrontamiento, Optimismo	,169	,080	,164	,005*	n/a	n/a	n/a	n/a
Interacción Afrontamiento, Flexibilidad, Tolerancia al estrés, Control de los impulsos, Optimismo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Interacción Afrontamiento, IE total, Optimismo	n/a	n/a	,123	,173	n/a	n/a	n/a	n/a

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; n/a: no aplica el cálculo.

En un segundo paso se incluye al efecto del tipo de afrontamiento, de los distintos dominios de la inteligencia emocional y de la inteligencia emocional total. Tal y como se puede observar en la misma tabla, el resultado varía en función del dominio de inteligencia emocional incluido y del indicador observado. En concreto, se aprecia que al incluir el efecto de la flexibilidad aumenta significativamente la varianza explicada de la salud psicológica general ($R^2 = ,140, p = ,046$) y de la depresión ($R^2 = ,109, p = ,011$). Sin embargo, al incluir el efecto de la tolerancia al estrés se observa un aumento significativo de la varianza explicada del estrés percibido ($R^2 = ,173, p = ,016$), de la salud psicológica general ($R^2 = ,142, p = ,039$) y de la ansiedad ($R^2 = ,083, p = ,008$). Por otro lado, al incluir el efecto del control de los impulsos, se observa un aumento significativo de la varianza explicada de la ansiedad ($R^2 = ,081, p = ,009$). Por último, al incluir el efecto de la inteligencia emocional total, se observa que aumenta significativamente la varianza explicada de la salud psicológica general ($R^2 = ,152, p = ,019$) y de la ansiedad ($R^2 = ,109, p = ,001$).

De manera análoga, se incluye sobre el efecto del tipo de afrontamiento, el efecto del nivel de optimismo mostrado por estas mujeres. El resultado muestra que, al incluir el optimismo, aumenta entonces la varianza explicada del estrés percibido ($R^2 = ,177, p = ,038$) y de la salud psicológica general ($R^2 = ,172, p = ,002$).

En un tercer paso, se añade el efecto de interacción entre el tipo de afrontamiento y los dominios de inteligencia emocional que han mostrado un efecto significativo sobre cada indicador de ajuste en particular. Los resultados muestran, tal y como puede observarse en la tabla 47, que la inclusión de la interacción entre el tipo de afrontamiento y la flexibilidad aumenta de forma significativa la varianza explicada de la salud psicológica general ($R^2 = ,106, p = ,008$) y de la depresión ($R^2 = ,132, p = ,032$). Con respecto a la inclusión de la interacción entre el tipo de afrontamiento y la tolerancia al estrés, se observa un efecto significativo únicamente sobre la ansiedad ($R^2 = ,106, p = ,007$). Por otra parte, la inclusión de la interacción

entre el afrontamiento del estrés y el control de los impulsos muestra un aumento del efecto significativo sobre la ansiedad ($R^2 = ,107, p = ,005$). Por último, la inclusión de la interacción entre el tipo de afrontamiento y la inteligencia emocional total aumenta significativamente la varianza explicada de la salud psicológica general ($R^2 = ,169, p = ,005$) y la ansiedad ($R^2 = ,121, p = ,001$).

De forma análoga, se añade el efecto de interacción entre el tipo de afrontamiento y el nivel de optimismo en aquellos indicadores de ajuste en los que la inclusión de la influencia del nivel de optimismo en el paso previo resultó ser significativa. Como se puede observar en la tabla 47, el efecto de interacción de estas variables no resulta significativo sobre el estrés percibido ($R^2 = ,169, p = ,080$), pero sí sobre la salud psicológica general ($R^2 = ,164, p = ,005$).

Al haber encontrado efectos no significativos en prácticamente todas las variables analizadas en al menos uno de los indicadores, el último paso, que supondría la inclusión en un modelo conjunto de la interacción del tipo de afrontamiento del estrés, con los tres dominios de inteligencia emocional y con el optimismo, no es aplicable. Sin embargo, sí se ha analizado un modelo en el que al efecto del tipo de afrontamiento se le ha sumado la interacción entre este, la inteligencia emocional total y el optimismo de las mujeres estudiadas, sin encontrar un efecto conjunto significativo, tal y como se muestra en la tabla 47.

3.5.3.2. Influencia de la edad, el tener o no pareja con la que conviva, el nivel de estudios y la percepción de dificultad económica sobre la salud de las abuelas de la generación sándwich.

En la tabla 48 se puede consultar la distribución de la muestra en las distintas variables sociodemográficas estudiadas.

Tabla 48. Distribución de las características sociodemográficas en la muestra.

	M	DE	Rango (mín. - máx.)	N	%
Edad	57,91	5,85	40 - 75	149	
Pareja	Sí			119	79,9
	No			30	20,1
Hábitat	Rural			104	69,8
	Urbano			45	30,2
Nivel de estudios	Bajo			82	55
	Alto			48	32,2
Percepción de dificultades económicas	Sí			78	52,3
	No			71	47,7

Al relacionar estas variables sociodemográficas con el estrés percibido y con la salud de las mujeres estudiadas, se observan algunas asociaciones. Tal y como se muestra en la tabla 49, la edad muestra una correlación negativa con el estrés percibido ($r = -,18$, $p = ,029$), de forma que a mayor edad de las mujeres estudiadas, menor es la percepción de estrés. Sin embargo, no se observa una relación directa entre la edad y la salud, ni física ni psicológica general.

El hecho de tener una pareja con la que se conviva no correlaciona en estas mujeres ni con el estrés percibido ni con la salud. El tipo de hábitat se relaciona de manera significativa únicamente con la salud física, de forma que se observa peor salud física en el entorno rural ($r = -,17$, $p = ,039$), pero no se aprecian diferencias en el nivel de estrés o la salud psicológica general. El nivel educativo, sin embargo, se relaciona significativamente con los tres indicadores, de forma que un mayor nivel educativo se asocia a menor estrés percibido ($r = -,20$, $p = ,021$) y a mejor salud física ($r = ,21$, $p = ,014$) y psicológica general ($r = ,30$, $p = ,000$). La percepción de la situación económica, por su parte, correlaciona de forma inversa con el estrés percibido ($r = -,30$, $p < ,001$) y de manera directa con la salud psicológica general ($r =$

,18, $p = ,032$), pero no muestra relación con la salud física. Así, la percepción de dificultades económicas se relaciona de forma clara con un mayor estrés y también, aunque en menor medida, con una peor salud psicológica general.

Tabla 49. Relación entre características sociodemográficas y estrés, salud física y salud psicológica.

		Estrés			Salud física			Salud psicológica general		
		r	Sig.	N	r	Sig.	N	r	Sig.	N
Características Sociodemográficas	Edad	-,18	,029*	149	,04	,609	149	,11	,176	149
	Pareja	-,10	,227	149	,06	,480	149	,35	,676	149
	Hábitat	,07	,403	149	-,17	,039	149	,12	,158	149
	Nivel de estudios	-,20	,021*	130	,21	,014	130	,30	,000**	130
	Percepción de dificultades económicas	-,30	,000**	149	,15	,073	149	,18	,032*	149

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

3.5.3.3. Apoyo social percibido y conflictividad familiar en las abuelas de la generación *sándwich*.

De promedio las mujeres estudiadas gozan de un buen nivel de apoyo social ($x = 44,05$, $\sigma = 8,20$), quedando muy por encima del punto de corte (32) que indica un apoyo social adecuado en la población española.

Por otra parte, alrededor del 20% de las mujeres estudiadas manifiestan tener al menos una relación conflictiva con algún familiar cercano, lo que significa que la inmensa mayoría, en concreto, el 72,2% de ellas, mantiene relaciones familiares libres de conflictividad significativa.

Al analizar la relación entre estas variables y los indicadores de ajuste biopsicosocial incluidos en este estudio, tal y como se muestra en la tabla 50, la cantidad de apoyo social percibido por las mujeres estudiadas correlaciona positivamente con su nivel de estrés ($r = -,37, p < ,001$), su salud física ($r = ,16, p = ,045$) y su salud psicológica general ($r = ,33, p < ,000$).

Por su parte, la existencia de relaciones familiares conflictivas en las mujeres estudiadas se relaciona con su estrés percibido ($r = -,18, p = ,030$) y con su salud física ($r = -,17, p = ,034$), pero no con la salud psicológica general, de forma que cuando estas mujeres tienen al menos una relación familiar conflictiva, perciben más estrés y su salud física es menor, pero no afecta a su salud psicológica general.

Tabla 50. Relación entre apoyo social percibido y existencia de relaciones de relaciones conflictivas entre las abuelas de la generación sándwich con su estrés percibido, su salud física y su salud psicológica general.

		Estrés percibido	Salud física	Salud psicológica general
Apoyo social percibido	Correlación de Pearson	-,37	,16	,33
	Sig. (bilateral)	,000**	,045*	,000**
	N	147	147	147
Conflictos familiares	Correlación de Pearson	,18	-,17	-,12
	Sig. (bilateral)	,030*	,034*	,143
	N	149	149	149

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

3.5.3.6. Modelo global de relaciones.

A partir de los resultados bivariados obtenidos en este trabajo, de los resultados hallados en estudios previos y teniendo en cuenta las relaciones establecidas desde un aspecto teórico, se ha propuesto un modelo de relaciones entre las variables, poniéndolo a prueba mediante un modelo de ecuaciones estructurales.

Dada la cantidad de variables empleadas, se ha optado por incluir solo las variables sociodemográficas que mostraban una mayor correlación con los indicadores de ajuste: la edad, el nivel de estudios y la percepción de la situación económica. Es decir, queda fuera del análisis del modelo global el tener o no una pareja con la que conviva y el tipo de hábitat.

De manera análoga, para simplificar el efecto diferencial de los cuidados hacia familiares en función del parentesco, en este modelo global únicamente se ha incluido la carga de cuidados hacia ascendientes por un lado y hacia descendientes de segundo grado por otro lado, independientemente de que estos se den de manera exclusiva (como sucede en el grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes o el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas) o combinada (como sucede en el grupo de doble carga de cuidados). Así, el 59,1% de las mujeres estudiadas ejerce cuidados familiares hacia ascendientes de manera frecuente. Respecto al cuidado de nietos y/o nietas, el 55% de las mujeres estudiadas ejerce cuidados de manera habitual hacia estos familiares. En el capítulo 2 de esta tesis doctoral se puede consultar en modo en que se categorizan estas variables.

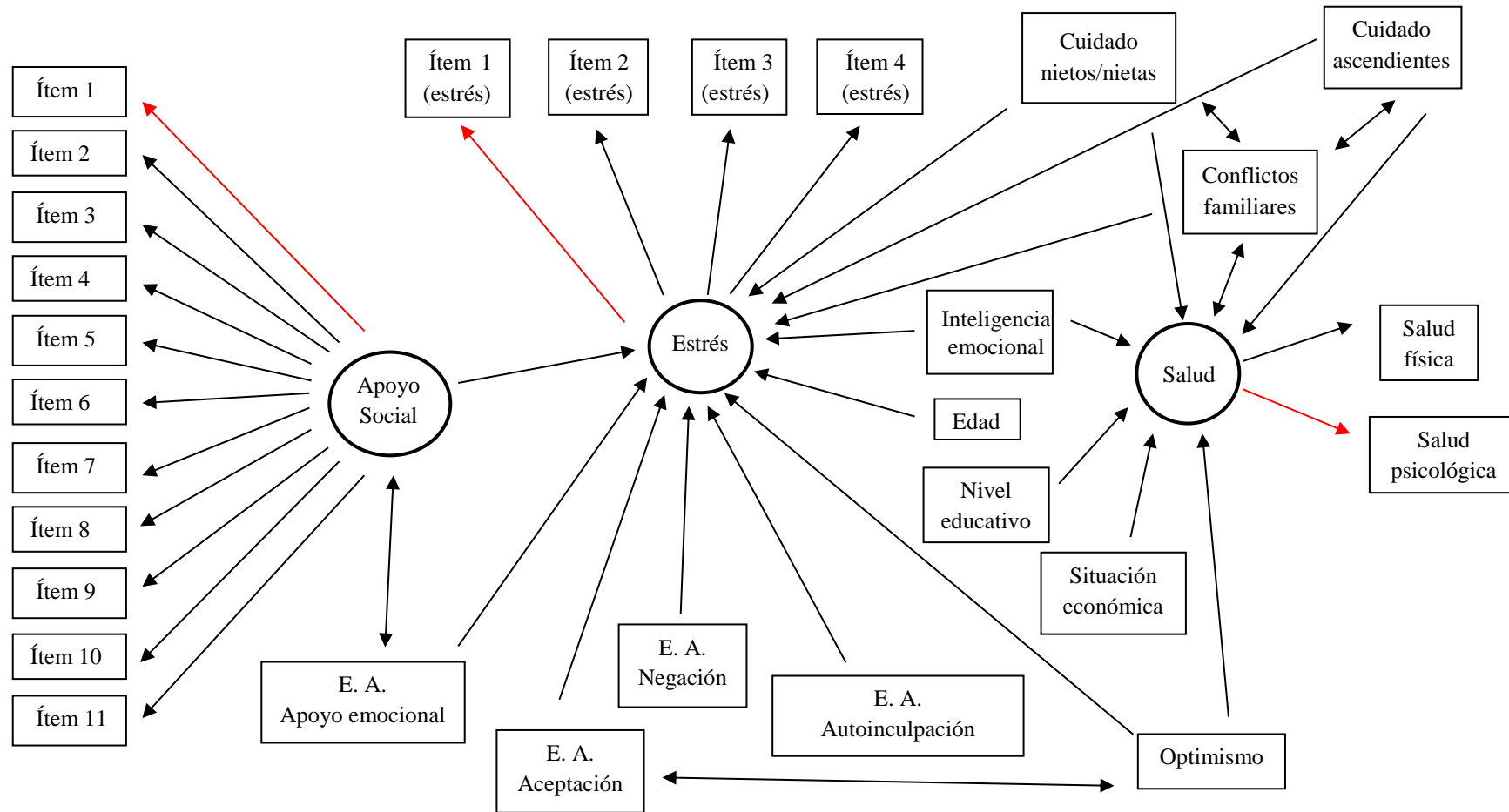
Además de estas variables y de las analizadas en los apartados previos, se han incluido también las estrategias de afrontamiento del estrés que en el estudio 2 de esta tesis doctoral han mostrado una relación más determinante con los indicadores de ajuste biopsicosocial evaluados: apoyo emocional, aceptación, negación y autoinculpación.

Por tanto, en este análisis se incluyen, por un lado, las variables sociodemográficas edad, nivel de estudios y percepción de dificultades económicas y, por otro lado, se incluyen las variables cuidado a ascendientes y cuidado a descendientes. Además, como recursos psicológicos se incluyen cuatro estrategias de afrontamiento del estrés (apoyo emocional, aceptación, negación y autoinculpación), la inteligencia emocional total, en adelante, inteligencia emocional y la disposición al optimismo. Asimismo, en el análisis se incluyen las variables de relaciones sociales: apoyo social percibido (que engloba el efecto de 11 ítems) y

existencia de relaciones conflictivas en la familia. Por último, se incluyen como variables de ajuste biopsicosocial: el estrés percibido (que engloba el efecto de 4 ítems), la salud física y la salud psicológica general, en adelante, salud psicológica.

El modelo inicial, recogido en la figura 10, muestra aceptables indicadores de ajuste, como reflejan los índices de la Tabla 51.

Figura 10. Modelo inicial de la influencia de variables sociodemográficas, de contexto familiar y de recursos psicológicos y sociales sobre el estrés y la salud



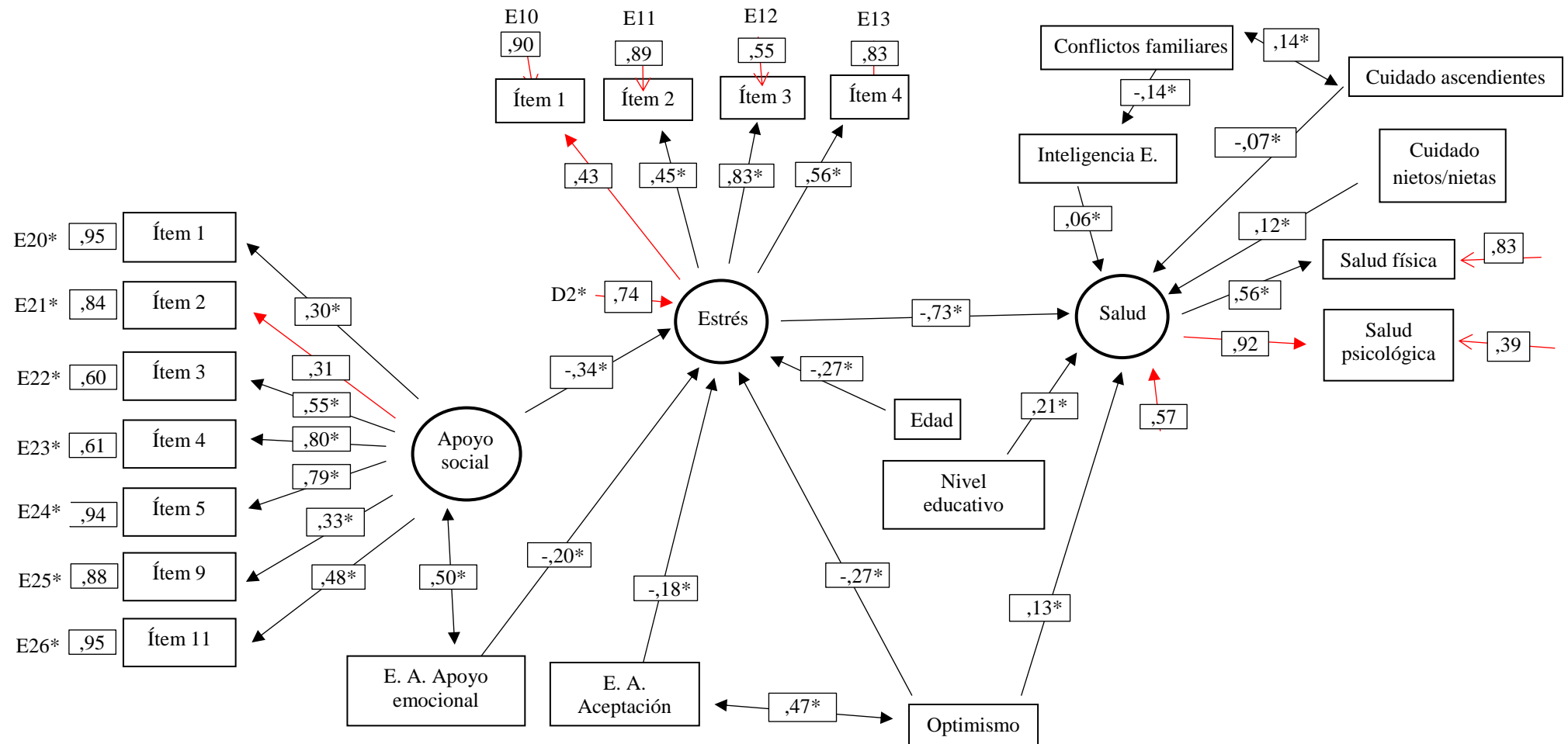
Nota: E. A. = Estrategia de afrontamiento.

Sin embargo, la baja carga de algunos parámetros, combinado con los resultados del LM test y del Wald test aplicados a este modelo, sugerían cambios que se han introducido en un modelo final, recogido en la figura 11. En esta modificación, y para evitar la redundancia entre el apoyo social percibido y el uso de apoyo emocional, se han eliminado los ítems del cuestionario de apoyo social relacionados específicamente con la disponibilidad de personas con las que hablar y de quienes recibir consejo. Además, en este segundo modelo, se han eliminado la percepción de la situación económica y las estrategias de afrontamiento de negación y autoinculpación y se ha liberado el parámetro de correlación entre edad y salud.

Tabla 51. Índices de ajuste para los modelos de ecuaciones estructurales contrastados.

Índices de ajuste	Modelo inicial	Modelo final
χ^2	314,983	220,829
gl	265	203
P	,019	,185
χ^2/gl	1,188	1,04
NNFI	0,862	,937
CFI	,878	,944
IFI	,888	,949
MFI	,764	,909
SRMR	,098	,097
RMSEA	,045	,031
(IC 90%)	(,020 - ,063)	(,000 - ,055)
R ² estrés	,456	,447
R ² salud	,798	,692

Figura 11. Modelo final de la influencia de variables sociodemográficas, de recursos psicológicos y relaciones sociales sobre el estrés y la salud



Nota: E. A. = Estrategia de afrontamiento.

El modelo final presenta mejores indicadores de ajuste en comparación con el modelo inicial, teniendo en cuenta el número de variables empleadas en cada caso, como se recoge en la tabla 51, por lo que se concluye que esta estructura es la que mejor se adapta a los datos analizados.

Como puede observarse en la figura 11, el factor central del modelo es el estrés, y las variables dependientes, salud física y salud psicológica, se han aunado en el factor salud, en el que la salud psicológica tiene una mayor carga (,93).

Sobre el estrés de las mujeres estudiadas inciden, reduciéndolo, la edad, las estrategias de afrontamiento de aceptación y el uso del apoyo emocional, el optimismo y el apoyo social percibido, por lo que se mantiene la significatividad de las correlaciones encontradas en los análisis bivariados. La estrategia de afrontamiento basada en el uso del apoyo emocional se encuentra altamente relacionada con la escala de apoyo social percibido Duke-Unc, a pesar de haber eliminado de dicha escala los ítems referentes a la disponibilidad de personas para hablar y recibir consejo. El efecto que ejercen sobre el estrés la edad, el apoyo social y los distintos recursos psicológicos de las mujeres estudiadas supone un 44,7% de su varianza explicada.

A su vez, el estrés de estas mujeres disminuye con una intensidad alta (carga de -,73) el factor salud, que aúna salud física y psicológica. Aunque este factor está en gran medida determinado por el estrés percibido, también se ve afectado directamente por otras variables. En concreto, la salud de las mujeres estudiadas mejora según aumentan su nivel educativo, inteligencia emocional y optimismo. A pesar de no haber encontrado relación en los análisis bivariados entre el cuidado habitual de familiares y la salud, en el modelo global, al tener en cuenta la influencia de otras variables, estas variables se muestran relevantes. En concreto, el cuidado de los nietos y/o nietas mejora aunque ligeramente la salud, mientras que el cuidado de ascendientes, la empeora.

Por otra parte, existen algunos efectos indirectos tanto sobre el estrés como sobre la salud. El optimismo y la estrategia de aceptación correlacionan positivamente entre sí (carga de ,47), por lo que la estrategia de aceptación, podría estar afectando a la salud, no solo a través del estrés sino también a través del optimismo. De forma análoga, el efecto del optimismo sobre el estrés, al combinarse con la estrategia de aceptación, podría ser mayor al que ejerce por sí mismo.

A su vez, la existencia de relaciones familiares conflictivas, correlaciona con el cuidado a ascendientes, aunque no ejerce una influencia directa sobre el estrés ni sobre la salud de estas mujeres. Sin embargo, dicha variable sí se relaciona de forma inversa con la inteligencia emocional, por lo que las relaciones familiares conflictivas se asocian, a través de su influencia negativa sobre este recurso psicológico, con una peor salud.

En conjunto, la influencia que ejercen de manera global todas las variables incluidas en el modelo final supone el 69,2% de la varianza explicada de la salud de las mujeres estudiadas.

3.5.4. Conclusiones del estudio 5.

La primera conclusión de este estudio es que el efecto beneficioso que tiene el empleo de un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo en las mujeres estudiadas, tanto en la reducción de su estrés percibido como en mejora de su salud psicológica, se ve amplificado cuando estas mujeres muestran además una alta inteligencia emocional y/o un optimismo alto, y viceversa, por lo que otra conclusión relevante que puede extraerse del presente estudio es que el uso combinado de estos recursos psicológicos redundará en un menor y en una mejor salud psicológica en las mujeres estudiadas.

En concreto, dentro de la inteligencia emocional, es el dominio tolerancia del estrés el que amplifica el efecto del tipo de afrontamiento del estrés sobre el estrés percibido por estas mujeres, al igual que lo hace el optimismo. Con respecto a la salud psicológica, los dominios de inteligencia emocional que amplifican el efecto del tipo de afrontamiento varían en función del indicador observado, mientras que el optimismo amplifica en concreto el efecto del tipo de afrontamiento sobre la salud psicológica general. Además, se observa que existen algunos efectos de interacción concretos entre estas variables que afectan a la salud psicológica de las mujeres estudiadas. En concreto, sobre la salud psicológica general influyen tres interacciones diferentes: la interacción entre el tipo de afrontamiento y la inteligencia emocional total, la interacción entre el tipo de afrontamiento y la flexibilidad y, por último, la interacción entre el tipo de afrontamiento y el optimismo. Sobre la ansiedad influyen dos interacciones diferentes entre el tipo de afrontamiento y la inteligencia emocional. En concreto, se trata de los dominios flexibilidad y control de los impulsos, que cada uno interactúa con el tipo de afrontamiento empleado, amplificando su efecto sobre la ansiedad de las mujeres estudiadas. Por último, el indicador de depresión se ve afectado por la interacción entre el tipo de afrontamiento y la flexibilidad mostrada por las mujeres estudiadas.

Es importante resaltar también que se han detectado importantes influencias en el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas debidas a determinadas características sociodemográficas, como son la edad, el tipo de hábitat, el nivel de estudios o las dificultades económicas.

Por otra parte, las abuelas de la generación sándwich estudiadas, en términos generales, perciben que cuentan con apoyo social adecuado, lo cual les ayuda a disminuir su estrés percibido y, consecuentemente, su salud física y psicológica.

Otro dato que arroja este estudio es que alrededor del 20% de las mujeres estudiadas tiene una relación conflictiva con algún familiar directo, y dicha relación se vincula además con un mayor estrés percibido y con una peor salud física.

Por otro lado, el cuidado de nietos y/o nietas, que a priori no aparece relacionado de forma clara con el estrés o con la salud física o psicológica de las mujeres estudiadas, sí se relaciona con una mejor salud a nivel global, al integrarse su influencia junto con la del resto de variables analizadas. Sin embargo, la provisión de cuidados hacia un familiar ascendiente sí empeora ligeramente la salud y, de manera especial, cuando existen conflictos familiares.

En este estudio se vuelve a poner de manifiesto el papel determinante de las estrategias de afrontamiento del estrés apoyo emocional y aceptación, a la vez que se puede apreciar cómo el optimismo, variable que presenta influencia directa tanto sobre el estrés como sobre la salud, funciona vinculado a la estrategia de afrontamiento aceptación de la realidad en las abuelas de la generación sándwich.

3.5.5. Difusión de los resultados del estudio 5.

Los resultados parciales de este estudio han sido difundidos a través de una comunicación en formato póster en unas jornadas internacionales y han obtenido financiación para su traducción al idioma inglés para su posterior publicación en revistas científicas

internacionales. Actualmente, estos resultados se han dividido en dos propuestas de publicación y se encuentran en proceso de revisión para su publicación en dos revistas científicas.

- Manuscritos en proceso de revisión:

Luna, S., Ramos, P. & Rivera, F. (en revisión). Coping, emotional intelligence and psychological adjustment of grandmothers in four-generation families. *Aging & Society*.

Luna, S., Rivera, F., & Ramos, P. (en revisión). Situación de doble cuidado en abuelas con ascendientes: factores personales influyentes en su salud y estrés. *Spanish Journal of Psychology*.

- Comunicación póster científico:

Luna, S., Ramos, P., & Rivera, F. (2017, Octubre). Inteligencia emocional, afrontamiento del estrés y salud psicológica en abuelas cuidadoras. Póster científico presentado en *II International Conference in Health Sciences Research and Innovation*, Sevilla, España.

Capítulo 4.

Discusión de los resultados y principales conclusiones de la investigación.

En este capítulo se discutirán los resultados más relevantes hallados en la presente investigación, analizándolos desde un punto de vista teórico y en base a la evidencia empírica anterior y, tras examinar el alcance de esta investigación, se expondrán las principales conclusiones de la presente tesis doctoral.

Para facilitar una mejor comprensión, este capítulo se ha dividido en dos partes y, dentro de cada una de ellas, se han establecido diferentes apartados. De esta forma, en cada uno de los apartados, las distintas reflexiones se muestran agrupadas en torno a una cuestión central, tal y como se señala a continuación.

En la primera parte de este capítulo se realizará un análisis integrador del ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich, atendiendo a las diferentes variables asociadas que se han comentado en los cinco estudios del apartado de Resultados.

En la segunda parte, se tratará de reflexionar sobre el alcance de la presente investigación, apuntando tanto sus principales limitaciones como sus mayores fortalezas. Asimismo, se señalarán las implicaciones más importantes de este trabajo, tanto para la práctica como para la investigación, se propondrán futuras líneas de investigación y, por último, se expondrán las principales conclusiones de la presente investigación.

4.1. El ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich y variables asociadas.

Para mayor claridad, este apartado de la Discusión se ha dividido en tres subapartados, tal y como se describe a continuación.

En el primer apartado, se realizará un análisis integrador de la situación de las abuelas de la generación sándwich, en la línea del primer objetivo de esta tesis doctoral: determinar la relación existente entre la ayuda y la carga de cuidados que estas mujeres están asumiendo y su ajuste biopsicosocial, evaluado a través de su percepción del estrés y de diferentes indicadores de salud.

En el segundo apartado, se reflexionará sobre la relación encontrada entre los recursos psicológicos evaluados y el ajuste final de estas mujeres, en línea con lo planteado en los objetivos segundo, tercero y cuarto.

En el tercer apartado, mediante un análisis integrador final, en línea con el quinto y quinto objetivo, se discutirán los resultados referentes a la influencia de la ayuda y la carga de cuidados en el ajuste biopsicosocial de estas mujeres, atendiendo al posible efecto protector de los recursos psicológicos analizados, así como a la posible influencia de las relaciones sociales y de ciertas características sociodemográficas de las mujeres estudiadas.

4.1.1. Situación actual de las abuelas de la generación sándwich.

Las abuelas de la generación sándwich constituyen un grupo heterogéneo de mujeres que a priori no comparten nada más entre sí salvo el género y el hecho de pertenecer a la segunda generación dentro de una familia de cuatro generaciones. Sin embargo, esas dos características sociodemográficas conllevan ciertas implicaciones psicológicas, familiares y sociales que, en último término, influyen de una manera particular sobre su salud y su bienestar.

El hecho de pertenecer al género femenino, como se detalló en la primera parte de este trabajo, hace muy probable que, ante la aparición de necesidades de ayuda y cuidados de otros miembros de sus familias, sean ellas quienes asuman en solitario o quienes asuman gran parte de la responsabilidad de cubrir tales necesidades. A este sesgo de género se le suma la circunstancia sociodemográfica de encontrarse entre una generación más mayor y otras dos generaciones más jóvenes, lo cual aumenta aún más la probabilidad de recibir demandas de ayuda y cuidados, tanto de familiares ascendientes como descendientes.

Además, tal y como se ha descrito en el capítulo 1 de esta tesis doctoral, ser una abuela de la generación sándwich en España en concreto añade un factor extra que aumenta aún más la probabilidad, ya de por sí alta en esta generación en cualquier país, de asumir cuidados informales familiares. Esto puede deberse a que por una parte, la falta de alternativas de servicios públicos por parte del Estado, tanto para la atención a la infancia como para la atención de las personas mayores dependientes, y, por otra parte, la cultura familista preponderante, que tiende a dar respuesta a las necesidades de los individuos dentro de su entorno familiar, considerando además que así es como debe ser, contribuyen a hacer de esta generación de mujeres una cantera de personas cuidadoras, al servicio de aquellos familiares que las necesiten (Brenna & Di-Novi, 2016; Gutiérrez, Jiménez-Martín, Vegas-Sánchez & Vilaplana, 2010; Oliva & Osuna, 2009).

- Ayuda y carga objetiva de cuidados.

Efectivamente, tal y como se esperaba, la ayuda y los cuidados familiares están muy presentes en el día a día de las mujeres estudiadas en esta tesis doctoral. Recordando lo comentado en capítulos previos, se trata de mujeres que ocupan la segunda generación en familias de cuatro generaciones, es decir, abuelas que tienen al menos un ascendiente directo (padre, madre, suegro y/o suegra) aún con vida. El 96,67% de ellas ha ayudado en el mes anterior, en mayor o menor medida, a sus familiares, ofreciéndoles ayuda

instrumental, económica y/o afectiva en forma de acompañamiento o supervisión. En concreto, con respecto a la provisión de cuidados familiares, de nuevo los datos de la presente investigación confirman la gran implicación de esta generación, con un 82,30% del total de las mujeres estudiadas asumiendo cuidados familiares frecuentes.

Otro aspecto a tener en cuenta es la duración de los cuidados, ya que en la mayor parte de los casos la asunción de los cuidados por parte de las mujeres estudiadas no es una situación temporal, sino que se extiende más allá de los 3 años. En concreto, sucede así para cerca del 70% (69,8%) de las que cuidan a sus ascendientes y para el 63,5% de las que cuidan a sus nietos y/o nietas.

Si atendemos al parentesco con la persona atendida, los cuidados familiares se reparten casi por igual entre ascendientes y descendientes. Algo más de la mitad (55%) se encuentra asumiendo de manera habitual el cuidado de sus nietos y/o nietas y, en una proporción ligeramente superior (59,1%), estas mujeres están asumiendo el cuidado habitual de sus ascendientes.

Los datos del cuidado provisto por las mujeres estudiadas hacia una y hacia otra generación son superiores a los porcentajes de cuidado obtenidos en encuestas realizadas sobre la población general en España (IMSERSO, 2014; INE, 2015; Marí-Klose & Escapa, 2015). Mientras, en la población general, la proporción de hombres y mujeres por encima de 50 años que cuida a sus nietos y nietas no llega al 30% y la proporción de mujeres de mediana edad que cuida a sus ascendientes está en torno al 25%, en el caso de las abuelas de la generación sándwich estudiadas, ambas situaciones sobrepasan, cada una por separado, el 50% de la muestra. Podría pensarse que hay tres motivos para explicar este mayor porcentaje de cuidados encontrado en esta tesis doctoral. En primer lugar, teniendo en cuenta que la determinación del porcentaje de mujeres cuidadoras no era el objetivo principal de esta tesis, por lo que el diseño del muestreo no se realizó acorde a dicho objetivo, una posible explicación se encuentre en la existencia de algún

tipo de sesgo en el proceso de selección de la muestra, de forma que las entidades de referencia hayan derivado con más facilidad a aquellas mujeres que presentan mayor carga de cuidados. En segundo lugar, el mayor porcentaje de cuidados en las mujeres estudiadas podría deberse a la idiosincrasia propia de la zona geográfica (sur de España) donde se han recogido los datos, caracterizada por una mayor presencia de cuidados informales (Domínguez-Serrano & Marcenaro-Gutiérrez, 2016; Oliva & Osuna, 2009). En tercer lugar, el mayor porcentaje de mujeres cuidadoras en esta muestra podría deberse a un aumento de las probabilidades de la asunción de cuidados que, de manera específica, puede tener lugar en esta generación, tal y como señalan algunas investigaciones (Chassin, Macy, Seo, Presson, & Sherman, 2010; Grundy & Henretta, 2006). De cualquier forma, para poder confirmar la causa de esta gran carga de cuidados en esta generación, sería necesario realizar estudios con muestras representativas más amplias y en los que el proceso de selección muestral sea aleatorio.

Sin embargo, hay un dato que sí obedece a la idiosincrasia de esta generación: la situación de cuidados más común entre estas mujeres es la de doble carga, por el cuidado prestado a ascendientes y, a su vez, a sus nietos y/o nietas. Esta situación de doble cuidados ocurre en casi la tercera parte de la muestra (31,62%), porcentaje ligeramente superior al de mujeres que tienen carga de cuidados solo hacia sus nietos y/o nietas (22,22%) o solo hacia sus ascendientes (29,06%). Es decir, el hecho de estar ya asumiendo cuidados hacia una generación no es óbice para asumir también cuidados hacia la otra. Estos resultados son congruentes con los encontrados a nivel europeo por Železná (2018) y en Gran Bretaña y Estados Unidos por Grundy y Henretta (2006) quienes señalaron que las personas que ayudan con mayor frecuencia a sus padres y madres son los que más tienden a cuidar también de sus nietos y/o nietas. Por tanto, en referencia al tipo y la intensidad de la carga de ayuda y cuidados que las abuelas de la generación sándwich están asumiendo con respecto a sus ascendientes y a sus descendientes, los

datos de este estudio arrojan una conclusión clara: las mujeres que se encuentran entre dos generaciones de descendientes y una de ascendientes, tal y como era de esperar, están ayudando y cuidando mayoritariamente y de manera continuada a sus familiares, ya sea a la generación anterior a ellas, hacia sus nietos y/o nietas o, en la situación más habitual, hacia ambas generaciones.

4.1.2. El estrés y la salud de las abuelas de la generación sándwich.

4.1.2.1. Relación del ajuste biopsicosocial con la ayuda y la carga objetiva de cuidados.

A pesar de la alta carga de cuidado que presentan las mujeres estudiadas, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, y al estrés adicional que esto puede llegar a suponer, en términos globales estas mujeres manifiestan altos niveles de ajuste biopsicosocial. Con la única excepción del instrumento específico de salud psicológica, cuyo resultado medio aparece ligeramente por debajo de la puntuación media de la escala, el resto de los indicadores utilizados para evaluar el estrés percibido, la salud global autopercibida, la salud física y la salud psicológica, ofrecen puntuaciones normalizadas, sin llegar a las puntuaciones de corte en los indicadores de ansiedad ni depresión. Además, en referencia a los indicadores de bienestar subjetivo analizados, estas mujeres muestran, por lo general, una alta calidad de vida y satisfacción vital, así como una valoración de su propia felicidad claramente positiva.

Y lo que resulta más llamativo, al tratar de establecer la relación entre la ayuda y los cuidados proporcionados por estas mujeres y su bienestar, los resultados no resultan contundentes. Por un lado, respecto a la intensidad del tipo de ayuda que ofrecen las mujeres estudiadas, con el aumento de la ayuda económica se aprecia un aumento significativo del nivel de estrés y una disminución significativa en la calidad de vida general y la salud física de estas mujeres. Esta relación ha sido analizada por multitud de investigaciones, encontrando la mayor parte de ellos un apoyo unánime a dicha relación. Por ejemplo, en una revisión publicada por Glymour, Avendano y Kawachi (2014) se

afirma con contundencia que un nivel socioeconómico bajo se relaciona con peor salud y menor esperanza de vida, independientemente de la zona geográfica, de la época histórica de la que se trate y de las amenazas a la salud a la que se enfrente la sociedad en ese momento; ya que las personas con mayor estatus socioeconómico tenderán a tener y a usar más recursos para proteger su salud. En este sentido, son importantes las investigaciones actuales centradas en las desigualdades socioeconómicas en salud y los informes y guías internacionales que tratan de superarlas (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; *Commission on Social Determinants of Health* [CSDH], 2008; Mackenbach et al., 2008; Marmot & Bell, 2016).

De manera similar, con el aumento de la ayuda instrumental se aprecia un aumento significativo de los niveles de estrés, ansiedad y depresión aunque, en términos generales, no suelen llegar a puntos de corte referentes a dichos trastornos, tal y como se ha indicado más arriba. La ayuda instrumental continuada, fundamentalmente la vinculada a las actividades de la vida diaria, como se ha descrito en el capítulo 1 de la presente tesis doctoral, entre otras consideraciones, tiende a requerir una importante cantidad de tiempo y atención por parte de la persona que la proporciona. Este hecho, además de restar tiempo de ocio a la persona cuidadora, con frecuencia le supone entrar en conflicto con otras áreas de su vida (laboral, familiar y/o personal) a las que no puede dedicarse como antes, lo cual supone una situación estresante para la persona que la proporciona, cuyos efectos se evidencian de manera especial en una mayor presencia de ansiedad y depresión (Knight & Losada, 2011; Lai, 2010; Pinguart & Sörensen, 2003). Ahora bien, respecto a la intensidad de la ayuda afectiva, esta no parece estar vinculada a ningún indicador de ajuste biopsicosocial en las mujeres estudiadas.

Por otro lado, cuando dentro de la ayuda se distinguen específicamente las tareas de cuidado (ayuda instrumental en las actividades de la vida diaria y/o acompañamiento o supervisión, cuando tiene lugar de manera frecuente) hacia nietos y/o nietas o hacia

ascendientes y se comprueba su relación con el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas, no se aprecian diferencias significativas en el nivel de estrés percibido o en la salud de las mujeres estudiadas en función de las personas hacia las que ejerce los cuidados (sin carga de cuidados, carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, solo hacia ascendientes o doble carga de cuidados hacia nietos y nietas y hacia ascendientes simultáneamente). Es al analizar el contraste de las puntuaciones entre los grupos en base a su tamaño de efecto cuando sí se aprecian diferencias relevantes. En concreto, se observa que el estrés percibido por las mujeres que no tienen ninguna carga de cuidados es ligeramente inferior al que perciben las mujeres que tienen algún tipo de carga de cuidados. De manera análoga, con respecto a los indicadores de salud también se aprecian diferencias relevantes. En concreto, las mujeres sin carga de cuidados se muestran ligeramente más satisfechas con su salud que aquellas que sí tienen carga de cuidados, pero el grupo que muestra el mayor contraste con respecto al resto en diversos indicadores de salud de forma reiterada es el grupo de mujeres que tiene carga de cuidados solo hacia sus ascendientes. En este sentido, este grupo de mujeres (con carga de cuidados solo hacia ascendientes) muestra en general peores indicadores de salud. Así, con la excepción del nivel de ansiedad, las mujeres que tienen carga de ascendientes muestran menos salud psicológica general, más depresión, menos calidad de vida, menos satisfacción vital, menos felicidad y mayor presencia de cardiopatías que los otros grupos tres grupos de mujeres; diferenciándose más o menos con respecto a estos en función del grupo con el que se le compare y del indicador en cuestión.

Curiosamente, la situación de doble carga, siendo objetivamente más intensa que las otras situaciones de cuidado, lejos de asociarse a un mayor estrés o a una peor salud, en ocasiones se asocia incluso a mejores indicadores de salud que el resto de grupos; como sucede en el caso de la felicidad, la presencia de cardiopatías o el consumo de ansiolíticos. Esta falta de asociación entre la doble carga objetiva de cuidados y el

bienestar de estas mujeres podría llevar a conclusiones precipitadas. Por ejemplo, podría concluirse que las consecuencias negativas del cuidado informal de familiares sobre las personas cuidadoras se circunscriben a determinados grupos de riesgo, entre los que no se encontrarían las mujeres cuidadoras de sus ascendientes, que además también cuidan de sus nietos y/o nietas. Conclusiones similares han sido sugeridas desde algunos estudios (Chiou et al., 2009; Gonyea, 2013; Strawbridge, Wallhagen, Shema, & Kaplan, 1997). Sin embargo, es importante tomar con cautela los resultados hallados en esta investigación antes de llegar a dicha conclusión.

4.1.2.2. Relación del ajuste biopsicosocial con la carga subjetiva de cuidados.

Frente a la carga objetiva analizada, otro de los resultados encontrados en esta tesis doctoral muestra que cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas (44,02%) perciben algún tipo de incidencia negativa en su vida derivada de la provisión de cuidados, lo que constituye un tipo de carga subjetiva, concretamente, la que hace referencia al impacto del cuidado sobre la persona cuidadora. Este tipo de carga, como se describió en la justificación teórica del presente trabajo, tiene que ver con la existencia de una experiencia subjetiva negativa de la persona cuidadora en relación con los cuidados. La percepción de la existencia de incidencias negativas derivadas del cuidado es una valoración netamente subjetiva. Aunque para realizar dicha valoración la persona cuidadora haya tenido en cuenta algún elemento objetivo (como por ejemplo si ha tenido que renunciar a un trabajo o a un viaje para cuidar de su familiar), lo que manifiesta finalmente es el resultado en términos valorativos de dicha decisión (negativo frente a neutro o positivo), ya sea en el ámbito económico, laboral, personal, familiar o social. La asunción de cuidados, como la mayoría de los comportamientos que implican la asunción de un compromiso y que se llevan a cabo de manera prolongada en el tiempo, por definición, supone un cierto coste: un coste de tiempo, de esfuerzo, de energía y de oportunidades. Por tanto, si las personas respondieran a dicha cuestión estrictamente en

términos objetivos, la respuesta a dicha pregunta tendría que ser sí en el 100% de los casos. Sin embargo, las personas, cuando responden a esa pregunta, lo hacen valorando, de alguna forma, si dicho coste (de tiempo, de esfuerzo, de energía, que se da por supuesto) es superior al que cabría esperar o al que ellas pueden manejar, hasta el punto de suponerle un impacto significativo sobre su vida (Crespo & Rivas, 2015; Montorio et al., 1998).

Pues bien, esta investigación muestra que esta carga subjetiva se encuentra en mayor proporción en el grupo de mujeres que asume una doble carga, aunque también se encuentra en más de la mitad de las mujeres que asumen carga de cuidados solo hacia sus ascendientes y, en menor proporción, en aquellas que tienen carga de cuidados únicamente hacia sus nietos y/o nietas. Además, en las mujeres que reconocen sufrir estas incidencias, se produce un descenso en la mayoría de los indicadores de ajuste biopsicosocial y las pequeñas diferencias encontradas entre los diferentes grupos en base a la carga del cuidado se acentúan. En concreto, el grupo de mujeres que manifiestan incidencias negativas sobre su vida muestra un nivel de estrés significativamente mayor que el resto, así como menor satisfacción con su salud, peor salud física, peor salud psicológica general, un mayor número de síntomas de ansiedad y depresión, menor calidad de vida, menor satisfacción vital y menor felicidad que las mujeres que no perciben incidencias negativas en sus vidas.

Por tanto, aunque no pueda establecerse una relación clara y directa entre la asunción de una doble carga de cuidados hacia familiares (que sería una carga estrictamente objetiva) con el bienestar de las abuelas de la generación sándwich, sí se aprecia de forma evidente cómo un aumento en la carga subjetiva se relaciona con una merma de la salud mental de estas mujeres. Así, los resultados hallados en la presente investigación estarían en consonancia con lo que indica la literatura científica: aunque una gran cantidad de carga objetiva afecta a la salud mental de las personas cuidadoras

(Masanet & La-Parra, 2011; Van-den-Berg et al., 2014), las consecuencias negativas de los cuidados están más estrechamente asociadas con las valoraciones subjetivas que realizan las personas cuidadoras que con dicha carga objetiva (Bastawrous, 2013). Sobre el bienestar de las abuelas de la generación sándwich, por tanto, más que la cantidad de tiempo dedicado a las tareas de cuidado o la frecuencia con la que estas se realizan, influye el cómo estas tareas son vividas por ellas. Sobre esta percepción, a su vez, influyen factores relacionados con las características de la persona o las personas a cuidar, las características de la propia persona cuidadora y su contexto socio-familiar (Wolfs et al., 2012).

Por último, y siguiendo la lógica del punto anterior, el hecho de que la asunción de los cuidados familiares y, especialmente, de la doble carga de cuidados, no aparezca relacionada de forma clara y directa con un menor bienestar en estas mujeres, no quiere decir que la carga del cuidado no influya sobre su bienestar de manera indirecta. Según los resultados encontrados en esta investigación, esa vía indirecta tiene lugar fundamentalmente a través del estrés. En concreto, se encuentra que un mayor estrés percibido se relaciona de forma significativa con una menor salud global autopercibida, peor salud física y psicológica, así como con una menor calidad de vida, una mayor satisfacción vital y una menor felicidad en estas mujeres, con un impacto especialmente relevante en su salud psicológica y en su calidad de vida.

Luego, tomando todo lo indicado en consideración, posiblemente, la provisión de cuidados familiares informales en esta generación de abuelas no sea tan inocua como aparentemente podría parecer. Si bien podría descartarse, en base a estos resultados, que las abuelas de la generación sándwich estén sometidas a un estrés adicional, como sugieren algunos estudios recientes (Huvent-Grelle et al., 2015; O'Sullivan, 2015), no pueden pasarse por alto las consecuencias sobre el estrés y la salud psicológica de estas

mujeres que una excesiva ayuda económica o instrumental puede suponerles, así como el coste personal, familiar, laboral y/o social que la provisión de cuidados conlleva.

Ahora bien, es importante puntualizar que, lejos de suponer una carga extra, el cuidado de nietos y nietas parece estar jugando cierto papel protector sobre el bienestar de las abuelas de la generación sándwich, efecto que ya ha sido descrito en algunos estudios anteriores (Ku et al., 2013; Künemund, 2006). Varios datos de la presente investigación apuntan en este sentido, tal y como se señala a continuación.

En primer lugar, cuando los cuidados hacia nietos y/o nietas se dan en solitario, es cuando menos incidencias derivadas de dichos cuidados se perciben (solo el 36,61% de las mujeres que perciben incidencias pertenece a ese grupo, frente a más del 55% que pertenecen a los otros dos grupos de carga de cuidados). En segundo lugar, aún en los casos en los que las mujeres con carga de cuidados solo hacia sus nietos y/o nietas perciben incidencias negativas, estas mujeres se encuentran más satisfechas con su salud, valoran más su salud global, gozan de una mejor salud psicológica general, presentan menos síntomas depresivos, consumen menos medicamentos hipnóticos y están más satisfechas con sus vidas que las mujeres que perciben incidencias en el grupo de doble carga de cuidados y, especialmente, que las mujeres que perciben incidencias dentro del grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes. Además, en términos generales, independientemente de que existan o no incidencias, el cuidado de nitos y/o nietas, ya sea en solitario o conjuntamente con el cuidado de ascendientes, también se relaciona con una mejor salud física, un menor consumo de medicación ansiolítica y una mayor felicidad que el cuidado de ascendientes en solitario. Incluso en algunos indicadores de salud como la calidad de vida, la ansiedad, la presencia de cardiopatías y de trastornos psiquiátricos, las mujeres que presentan doble carga de cuidados hacia sus nietos y/o nietas y hacia sus ascendientes conjuntamente presentan mejores puntuaciones que aquellas que cuidan solo a sus nietos y/o nietas o solo a sus ascendientes. Las posibles

explicaciones a estas diferencias serán discutidas en profundidad más adelante en el apartado 4.1.2.2.

Por todo ello, se desprende que las abuelas de la generación sándwich que cuidan regularmente a sus nietos y/o nietas, independientemente de que ejerzan estos cuidados de forma exclusiva o los combinen con el cuidado de familiares ascendientes, se parecen más entre sí en sus niveles de bienestar que aquellas que solo ejercen cuidados frecuentes hacia sus familiares ascendientes, que muestran, casi invariablemente, los niveles más bajos en ajuste biopsicosocial. Además, el cuidado de nietos y nietas se relaciona, al tener en cuenta el efecto de otra serie de variables implicadas, con una mejor salud en estas mujeres, tanto física como, especialmente, psicológica, mientras que el cuidado de ascendientes muestra el efecto contrario. Sobre esta cuestión se ahondará en el apartado 4.1.3. de la Discusión.

En términos generales, los resultados de bienestar encontrados en estos grupos de mujeres concuerdan parcialmente por los hallados en el estudio de Masanet y La-Parra (2011), donde, al analizar la salud mental de las personas cuidadoras atendiendo a su género, al número de horas de cuidado y a la edad de la persona cuidada, se evidenció que el cuidado de menores se relacionaba con una mejor salud mental que el cuidado de personas mayores dependientes o adultas con discapacidad. En dicho estudio se halló que, en ambos géneros, el cuidado a menores precisaba un mayor número de horas de cuidado para llegar a afectar a la salud psicológica de la persona cuidadora. Sin embargo, son escasas las investigaciones que han estudiado de forma conjunta esta doble casuística de cuidado hacia ambas generaciones.

¿A qué puede deberse la divergencia en los efectos diferenciales del cuidado de nietos y nietas con respecto al cuidado de ascendientes? El cuidado de nietos y nietas proporciona sentimientos de utilidad, pero ese tipo de satisfacción por los cuidados también puede generarse en el cuidado a familiares ascendientes. Sin embargo, el

significado que se suele otorgar a un tipo de cuidado y otro es diferente. Mientras que el cuidado de los nietos y nietas se percibe como algo más enriquecedor, positivo y esperanzador, asociado al crecimiento y al desarrollo de niños y niñas, el cuidado de las personas mayores se percibe como un trabajo más penoso, asociado a la enfermedad y, en última instancia, a la muerte del ser querido (Tobío, Agulló-Tomás, Gómez, & Martín-Palomo, 2010). Además, el cuidado de nietos y nietas favorece el contacto frecuente no solo con los niños y niñas cuidadas, sino también con la generación intermedia: con sus propios hijos, hijas, yernos y/o nueras (Barer, 2001). Por otro lado, este tipo de cuidados tiende a ser más predecible y susceptible de ser planificado, y no está sujeto a la inversión de jerarquía y de roles que se produce en el cuidado a ascendientes (Knijn, Martin, & Le-Bihan 2013).

De esta forma, parece confirmarse que el sesgo intergeneracional señalado por Bengtson (2001), manifestado en una tendencia a valorar más positivamente las relaciones con los descendientes que las relaciones con los ascendientes, se extiende también a la satisfacción del cuidado, generando mayores sentimientos positivos cuando el cuidado se ejerce en sentido descendente que cuando se hace en sentido ascendente.

Por otro lado, como adelantábamos antes, el cuidado de ascendientes, por definición, surge vinculado a la aparición de enfermedad y procesos degenerativos, donde la persona cuidadora no solo tiene que hacer frente a las tareas de cuidado, sino también al hecho de ver a su ser querido enfermo, con sus capacidades físicas y/o psíquicas mermadas. Esto supone que, con frecuencia, durante la situación de cuidados tenga lugar un doble proceso de duelo por la autonomía perdida, sobre todo por parte de la persona dependiente, y por la anticipación de futuras pérdidas, sobre todo, por parte del familiar que ofrece sus cuidados (Ponder & Pomeroy, 1997; Rando, 2000). Cuando una de las dos (o las dos) personas implicadas en la situación de cuidados, por cualquier motivo, tiene dificultades para resolver adecuadamente dicho duelo, surgen sentimientos de frustración,

impotencia e indefensión, entre otros, que dificultan la relación entre ambas y aumentan la conflictividad familiar.

En ocasiones, especialmente cuando el familiar ascendiente padece algún tipo de demencia, la situación puede verse agravada por la presencia de ciertos síntomas característicos de este tipo de enfermedades. Entre ellos destacan los síntomas conductuales (como deambulación, alucinaciones, agitación o desinhibición), cambios en la personalidad (causados en parte por los síntomas conductuales y en parte por la pérdida de recuerdos) o errores en el reconocimiento de familiares cercanos, entre los que puede encontrarse la propia persona cuidadora. Estos síntomas no solo dificultan las tareas de cuidado, sino que además, con frecuencia, como sucede cuando la persona cuidadora percibe que su familiar ha cambiado tanto que ya no le parece la misma persona que había conocido y querido, se produce otro duelo, como consecuencia de una pérdida relacional significativa (Garand et al., 2012; Pascual & Santamaría, 2009). Dicho duelo, aunque con frecuencia también recibe el nombre de duelo anticipado, suele tener más cosas en común con el duelo que acontece tras el fallecimiento de un ser querido que con la anticipación de la pérdida (Marwit & Meuser, 2005).

Es esperable, por tanto, que el cuidado a ascendientes, en el que se pueden estar produciendo procesos de duelo, se asocie a peores niveles de bienestar que el cuidado a nietos y nietas, donde se producen experiencias gratificantes relacionadas con un mayor contacto con hijos y/o hijas y nietos y/o nietas. Eso explicaría que el grupo que cuida únicamente a sus nietos y/o nietas, o incluso el grupo que muestra una doble carga de cuidados hacia ascendientes y hacia nietos y/o nietas presente mejores indicadores de bienestar que el grupo que cuida únicamente a sus familiares ascendientes. Sin embargo, en la presente investigación eso solo sucede parcialmente.

Las diferencias en el bienestar encontradas entre los grupos clasificados en base a la relación de parentesco con la persona cuidada, no son tan significativas ni evidentes

por sí mismas como cabría esperar. Sí lo son, sin embargo, como se ha descrito anteriormente con más detalle, cuando comparamos el bienestar de abuelas con alguna incidencia negativa derivada de los cuidados con el de las abuelas que no presentan estas incidencias. Y dentro del grupo que presenta incidencias negativas, sí se pueden apreciar diferencias importantes y significativas entre los grupos establecidos en función del parentesco con la persona cuidada (o las personas cuidadas) y, de manera especialmente intensa, con respecto a la salud psicológica. La existencia de incidencias negativas, por tanto, se muestra como un factor clave a la hora de predecir los niveles de bienestar de este colectivo.

4.1.2.3. Ajuste biopsicosocial en las mujeres que asumen una doble carga de cuidados.

Una cuestión que quedaría hasta este punto sin respuesta es por qué en algunos indicadores de salud el grupo de doble carga de cuidado hacia nietos y/o nietas y hacia ascendientes simultáneamente presenta mejores resultados que el grupo de carga de cuidados solo hacia nietos y/o nietas, grupo que, a tenor de las consideraciones indicadas, habría de ser el que mostrara los mejores indicadores de salud.

Una posible explicación a por qué las mujeres que asumen una doble carga de cuidados presentan en cierta medida menos cardiopatías y trastornos psiquiátricos diagnosticados que el resto de los grupos de carga de cuidados cuando perciben incidencias, sería que este colectivo puede encontrarse infradiagnosticado. Es decir, las pequeñas diferencias encontradas entre este grupo de mujeres y el resto pueden deberse no a que padezcan menos patologías médicas que los demás grupos, sino que, como consecuencia precisamente de las tareas de multicuidado que están asumiendo, y del poco tiempo que estas les dejarían para sí mismas, es posible que, ante la aparición de un mismo síntoma, una mujer que se encuentra en este grupo de carga de cuidados encontrara más dificultades y menos oportunidades para acudir a un centro sanitario que otra que no tiene carga de cuidados o que tiene carga de cuidados solo hacia una generación en concreto.

Si bien la baja frecuentación al médico y el infradiagnóstico están descritos en personas cuidadoras en general en España (Tirado-Pedregosa, López-Sáez, Capilla-Díaz, Correa-Brenes, & Geidel-Domínguez, 2011; Seira-Lledós, Aller-Blanco, & Calvo-Gascón, 2002), es posible que dichas características se acentúen en este colectivo específico de mujeres multicuidadoras. Esta explicación, además, sería compatible con el hecho de que sean las mujeres que no tienen carga de cuidados las que presenten una mayor proporción de trastornos psiquiátricos y, junto a aquellas que tienen carga de cuidados solo hacia sus ascendientes, una mayor proporción de cardiopatías. También explicaría el hecho de que, cuando se perciben incidencias derivadas de los cuidados, aunque el grupo de doble carga de cuidados presente mayores niveles de ansiedad que el resto, sea también el que presente menos trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, el infradiagnóstico probablemente no se trate del único motivo que explique los buenos resultados obtenidos por el grupo de doble carga de cuidados en muchos indicadores, en algunos, por encima incluso del grupo de carga de cuidados solo hacia ascendientes. Entre otras cuestiones, el infradiagnóstico no podría explicar por qué las mujeres pertenecientes a este grupo muestran una mayor calidad de vida o son más felices que el resto.

Ahora bien, esos resultados, aparentemente contradictorios con lo que muestran otros indicadores, podrían entenderse al atender a varias consideraciones. A continuación, se van a presentar dos posibles hipótesis que pueden dar respuesta a la pregunta de por qué las mujeres con doble carga de cuidados muestran una mayor calidad de vida y son más felices que el resto. La primera hipótesis parte de la base de que cada indicador evalúa un aspecto específico de la salud que, aunque esté relacionado con el resto, puede mostrar divergencias con respecto a otros. Por ejemplo, en relación con el bienestar subjetivo que, siguiendo la *teoría de las discrepancias múltiples* (Michalos, 1985), se entiende como el resultado de diferentes comparaciones que la persona realiza de su situación con respecto

a otros estándares (su situación en el pasado, la situación actual de otras personas de referencia, su situación ideal, etc.), se pueden encontrar diferentes matices en sus indicadores. Mientras la satisfacción vital haría referencia a su componente más cognitivo, racional (expectativas, sueños y metas), ligado estrechamente a la calidad de vida objetiva (Oswald & Wu, 2010), la felicidad por su parte estaría más relacionada con su componente afectivo, con la presencia, por tanto, de estados emocionales positivos y con su preponderancia sobre los negativos (Moyano-Díaz & Ramos-Alvarado, 2007). No es de extrañar, por tanto, que el efecto beneficioso del cuidado de nietos y nietas, independientemente de si se produce de manera exclusiva o combinada con el cuidado hacia otro u otros familiares, impregne el estado anímico de las abuelas de la generación sándwich de emociones positivas. Esa mayor presencia de afectividad positiva se reflejaría, por tanto, en una mayor felicidad. Sin embargo, la satisfacción vital, que ya implica una valoración más racional sobre la propia vida, es más probable que integre pensamientos, preocupaciones y expectativas negativas cuando tiene lugar el cuidado de ascendientes.

La segunda hipótesis se sustenta en el hecho de que es probable que el efecto beneficioso del cuidado de nietos y/o nietas no solo proteja a las mujeres que se encuentran asumiendo una doble carga de gran parte del impacto negativo que puede conllevar el cuidado hacia ascendientes sino que, al mismo tiempo, potencie además los efectos positivos que también conlleva con frecuencia el cuidado hacia ascendientes, creando la combinación de ambos cierta sinergia positiva. En un sentido similar, en un estudio realizado por Künemund (2006), que no encontró consecuencias psicológicas específicas en mujeres pertenecientes a la generación sándwich, su autor sugirió que en ese contexto los miembros de la generación más joven no solo no tenían por qué suponer una carga extra, sino que podrían llegar a ser una ayuda para el cuidado de los mayores. Y es posible que la sinergia de los efectos positivos del doble cuidado no se reduzca a las

abuelas de la generación sándwich. Según algunos estudios que han analizado los beneficios de la presencia de personas mayores dependientes en el entorno familiar para el desarrollo de niños y niñas, es que la generación más joven adquiere una visión más positiva de la ancianidad y de las personas dependientes, un sentimiento de responsabilidad social y de integración de las personas discapacitadas, una apertura hacia su propia historia y sus orígenes, así como un refuerzo de los sentimientos de obligación filial y una percepción constructiva acerca de la asunción de cuidados (Rivas-Borrell, 2010; Hatton-Yen & Ohsako, 2001; Jenkins, Blankemeyer, & Pinkard, 2007).

Sin embargo, el efecto protector del cuidado de nietos y/o nietas no se aplica a todos los indicadores de salud. Puede comprobarse, por ejemplo, en el caso de la satisfacción con la salud o la calidad de vida general. Al analizar con detenimiento las diferencias entre los grupos en base a estos indicadores de salud, se encuentra que son las mujeres sin carga las que muestran una mayor satisfacción con su salud y una mejor calidad de vida con respecto a los otros tres grupos de mujeres. Aunque no se trata de grandes diferencias (los tamaños de efecto son bajos), sí podrían estar apuntando a que el efecto protector del cuidado de nietos y nietas observado se aplica fundamentalmente al ámbito psicológico, pero probablemente no proteja de la misma forma de los efectos negativos que puede tener una carga continuada de cuidados sobre otros aspectos más objetivos de la vida de la persona cuidadora. Es decir, aunque el cuidado de nietos y nietas, en la mayoría de los casos, resulta una tarea muy satisfactoria que aporta un mayor contacto con familiares y constituye una fuente de alegría y felicidad, si se produce de manera intensa y continuada, como sucede en más de la mitad de las mujeres estudiadas, no está exento de generar o empeorar cierta sintomatología física o una merma en la calidad de vida que se plasme en síntomas como cansancio, falta de sueño o dolores musculares, por ejemplo. Ese doble papel de protector de la salud psicológica pero de cierto riesgo para otras áreas de salud explicaría por qué el cuidado de nietos y/o nietas

(habitual) ha aparecido asociado a menores niveles de soledad y depresión y mayor satisfacción vital en algunos estudios (Di-Gessa, Glaser, & Tinker, 2016; Grundy et al., 2012; Tsai et al., 2013) y a peores niveles de salud, en otros (Lee, Colditz, Berkman, & Kawachi, 2003).

En cualquier caso, para comprender por qué en algunas mujeres se producen incidencias negativas derivadas de los cuidados y en otras no, o cómo el estrés percibido media la relación entre cuidados proporcionados y bienestar, se hace preciso recurrir a otras variables intervinientes. En concreto, en esta investigación se ha planteado el papel central que juegan las estrategias de afrontamiento, la inteligencia emocional, la disposición al optimismo, el apoyo social y la conflictividad familiar. Por ello, la relevancia de cada recurso, así como su influencia sobre el bienestar de estas mujeres, serán discutidas con más detenimiento en el siguiente apartado.

4.1.3. Análisis integrador de la relación existente entre los recursos psicológicos de las abuelas de la generación sándwich y su nivel de ajuste biopsicosocial.

Los recursos psicológicos con los que cuentan las abuelas de la generación sándwich son una importante fuente de resiliencia para estas mujeres y pueden suponer, en un momento dado, la diferencia entre tener o no una buena salud. Así, ante una situación potencialmente estresante como puede ser la asunción de cuidados familiares, la persona cuidadora activaría sus recursos psicológicos para poder hacerle frente de la manera más eficaz posible.

En las siguientes páginas se discutirán los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral en torno a los recursos psicológicos analizados en las abuelas de la generación sándwich, entendidas como el grupo completo de mujeres estudiadas por el hecho de ser abuelas a la vez que hijas o nueras de una generación previa (independientemente de si dirigen los cuidados con mayor frecuencia hacia una generación, hacia otra o hacia ambas; cuestión que se discutirá en el siguiente apartado). Este apartado se divide en los

tres recursos psicológicos analizados en este colectivo de mujeres: las estrategias de afrontamiento del estrés, la inteligencia emocional y el optimismo.

4.1.3.1. Las estrategias de afrontamiento del estrés en las abuelas de la generación sándwich.

En línea con lo hallado en estudios anteriores (McIlvane et al., 2008), encontramos que la mayoría de las abuelas de la generación sándwich (72,2%), independientemente de si ejercen cuidados frecuentes solo hacia nietos y/o nietas, solo hacia ascendientes, hacia ambas generaciones o no ejercen cuidados familiares frecuentes; muestran un afrontamiento mayoritariamente de tipo aproximativo. Estas mujeres emplean tanto estrategias centradas en el problema como estrategias centradas en la emoción, siendo las más frecuentes el afrontamiento activo, la planificación, el uso del apoyo emocional y la aceptación. Estos resultados son también congruentes con los de diversos estudios, en los cuales estas cuatro estrategias aparecen reiteradamente entre las más empleadas por las personas cuidadoras (Goldzweig et al., 2012; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, & Mood, 2004; Tjiroze, 2013; Yu, Hu, Efird, & McCoy, 2013; Waldrop & Weber, 2001).

Sin embargo, y aunque minoritaria, no es pequeña la proporción de estas mujeres -casi una de cada tres-, que se decanta por un afrontamiento del estrés de tipo evitativo. Este tipo de afrontamiento se caracteriza por un menor uso de estrategias, en general, y del tipo aproximativo, en particular, y cierta tendencia a la evitación, que se concreta en el empleo de las estrategias de negación y desconexión conductual. Este grupo de mujeres, caracterizado por un afrontamiento del estrés de tipo evitativo, muestra un mayor nivel de estrés, peor estado de salud y menor satisfacción vital y felicidad. En cambio, todos estos indicadores de ajuste biopsicosocial muestran mejores puntuaciones en el grupo de mujeres que tienden a emplear estrategias de afrontamiento del estrés de tipo aproximativo.

Por tanto, en consonancia con lo encontrado en diversos estudios en el contexto de los cuidados, en la presente investigación, el uso de las estrategias centradas en el problema, que caracteriza al afrontamiento aproximativo, se asocia a mejores niveles de bienestar y salud psicológica, mientras el uso de las estrategias evitativas, característico del afrontamiento evitativo, se asocia con una mayor ansiedad y depresión (Kneebone & Martin, 2003; Silva, Crespo, Carona, & Canavarro, 2015).

Esta asociación entre tipo de afrontamiento, estrés percibido y bienestar podría interpretarse en un doble sentido. En línea con estudios previos (Lin, 2015; Smith, Cichy, & Montoro-Rodríguez, 2015), podría realizarse la interpretación que se desprende de los análisis de regresión empleados: el tipo de afrontamiento influye sobre el estrés percibido y el ajuste biopsicosocial de estas mujeres, de forma que el afrontamiento de tipo aproximativo genera un menor estrés percibido y un mayor bienestar, mientras que el afrontamiento de tipo evitativo aumenta el estrés percibido y disminuye el bienestar de estas mujeres.

No obstante, podría hallarse una explicación alternativa, invirtiendo el orden de la causalidad con respecto al estrés percibido. Esto es, aquellas mujeres que se enfrentan a situaciones que generan una gran activación emocional negativa y/o que se perciben como incontrolables, tienden a emplear menos estrategias de tipo aproximativo y más de tipo evitativo, mostrando también una peor salud psicológica, mayores niveles de ansiedad y depresión y menos felicidad (Velasco, Campos, Iraurgi, & Páez, 2004). Sin embargo, esta segunda interpretación, a la luz de los resultados obtenidos por otras variables, pierde peso, tal y como se explica a continuación.

El hecho de que las mujeres clasificadas dentro del grupo de afrontamiento aproximativo muestren una mayor inteligencia emocional (recurso psicológico que se discutirá en profundidad unas páginas más adelante) y, concretamente, una tolerancia al estrés (dominio de inteligencia emocional) significativamente mayor que las

caracterizadas por un afrontamiento evitativo, debilitaría la segunda hipótesis, apuntando justamente a la primera interpretación. De hecho, de las tres dimensiones de inteligencia emocional evaluadas, es precisamente el dominio referente a la tolerancia al estrés -el que aparece asociado al afrontamiento aproximativo y a un mayor número de estrategias centradas en la emoción y en el problema-, la dimensión que ha resultado más relevante en la predicción del ajuste biopsicosocial de estas mujeres. Estos resultados resultan congruentes con la definición que realiza el autor del instrumento respecto a la tolerancia al estrés (Bar-On, 2000, p. 1116): “la capacidad de resistir a los efectos adversos, las situaciones estresantes y las emociones intensas sin venirse abajo, mediante un afrontamiento activo y positivo del estrés”. Así, esta capacidad de tolerar el estrés se vincula con un afrontamiento a las dificultades de tipo aproximativo, a la vez que promueve una mayor sensación de control (tal y como también se desprende directamente de algunos de sus ítems, por ejemplo, “sé cómo manejar los problemas más preocupantes”) y, por tanto, un menor estrés percibido. La sensación de control, un recurso psicológico indicativo de resiliencia personal, ha mostrado tener efectos amortiguadores sobre los eventos negativos y ha sido vinculada directamente con un mayor bienestar psicológico (Kempen, Van-Sonderen, & Ormel, 1999; Ross & Sastry, 1999). En el contexto de los cuidados, la sensación de control ha resultado ser un recurso psicológico con una fuerte capacidad de predecir la ausencia o presencia de depresión en las personas cuidadoras (Brown, 2007).

- La planificación, una estrategia clave para las abuelas de la generación sándwich.

El frecuente uso que hacen las abuelas de la generación sándwich de la estrategia planificación, así como los buenos indicadores de ajuste biopsicosocial encontrados entre estas mujeres, señalan la importancia que tiene la organización y la planificación de las tareas para evitar la sobrecarga por las actividades de cuidado que la mayoría realiza de manera habitual. Así lo señalan además los estudios que han analizado las habilidades

necesarias para llevar a cabo el rol de persona cuidadora de la manera más efectiva y saludable posible (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000).

El uso de la planificación supone un reto para las personas cuidadoras, por un doble motivo. Un primer motivo es la falta de predictibilidad que caracteriza a menudo las situaciones de cuidados. En el cuidado de nitos y/o nietas, a menudo abuelos y abuelas anteponen las necesidades de ayuda de sus hijos e hijas en el cuidado de los menores a sus propias necesidades, lo que los lleva a dejar su planificación en blanco o, en el mejor de los casos, supeditada a los requerimientos de ayuda de sus familiares (Martínez, 2010). Ahora bien, en el cuidado de los ascendientes la falta de predictibilidad es aún mayor. Debido a las características intrínsecas de ese tipo de cuidados (la progresión de la enfermedad, el empeoramiento de la salud general de la persona cuidada o la presencia de trastornos de conducta), a menudo la persona cuidadora se enfrenta a cambios y situaciones no previstas. Por ello la planificación de este tipo de cuidados ha de contemplar cierto margen de incertidumbre y, en ocasiones, anticipar la necesidad de cierta improvisación.

El segundo motivo que explica el papel clave que toma la planificación en las mujeres estudiadas está relacionado con la ausencia de formación específica para los cuidados que con frecuencia se observa en las personas cuidadoras, especialmente en el cuidado hacia ascendientes. Una de las demandas más reiteradas entre las personas que cuidan a familiares con alguna enfermedad, sobre todo en las fases iniciales, suele ser la de disponer de un mayor conocimiento sobre la enfermedad de su familiar (sobre su progresión, sobre los cambios psicológicos que se pueden producir en su familiar o sobre los cuidados de salud requeridos, por ejemplo) pero también sobre cómo afrontar determinadas situaciones como alteraciones de conducta, quejas o peticiones continuas por parte de su familiar (Izal, Montorio, Mázquez, Losada, & Alonso, 2001). Sin

embargo, la necesidad de orientación y formación no siempre se limita a las personas cuidadoras.

Según un estudio de Izal, Losada, Márquez y Montorio (2003) realizado en España entre los profesionales de salud de atención primaria y los de servicios sociales, principales canalizadores de la atención a las personas dependientes y sus familias, la mayoría perciben una muy elevada necesidad de formación en el ámbito de los cuidados, específicamente en torno a los comportamientos problemáticos, situaciones difíciles asociadas al cuidado y a las consecuencias del cuidado. En último término, esa carencia de formación también redundaría en la información y orientación que reciben las personas cuidadoras, o mejor dicho, que muchas veces no reciben. Sin esa información se hace más difícil, por un lado, predecir la evolución y los posibles problemas que pueden encontrarse en las tareas de cuidado y poder así anticiparse a ellos y, por otro lado, el no disponer de herramientas concretas para el manejo de situaciones difíciles en torno a los cuidados hace muy compleja la planificación de su afrontamiento. Esto muchas veces genera que las personas cuidadoras vayan conociendo la evolución de la enfermedad de su familiar por su propia experiencia, y aprendiendo estrategias para afrontar las situaciones difíciles por ensayo-error. Si bien finalmente la mayoría termina adquiriendo grandes conocimientos y habilidades de cuidado, muchas veces esa maestría se consigue a costa de una tensión emocional y un sufrimiento personal que en gran medida podría haber sido evitado, de haber contado con la formación necesaria, tanto en la enfermedad como en estrategias de afrontamiento de la situación de cuidado.

- La paradójica importancia de las estrategias centradas en la emoción en las abuelas de la generación sándwich.

Respecto a las estrategias centradas en la emoción, asociadas tradicionalmente en la literatura científica a mayores niveles de ansiedad y depresión (Cruzado & Elvira-de-la-Morena, 2013; Li, Seltzer, & Greenberg, 1999), aparecen en el presente trabajo como

factores protectores, asociados a un mejor ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.

La relación encontrada en el presente estudio entre la inteligencia emocional y el tipo de afrontamiento aproximativo, apoya la idea de que, al menos en este contexto, las estrategias centradas en la emoción no se usan únicamente para calmar el estado disfórico que los problemas generan, sino que las mujeres estudiadas emplean estas estrategias junto con un abanico más amplio de otras formas de afrontamiento. De acuerdo con Mikolajczak, Nelis, Hansenne y Quoidbach (2008), las personas con altos niveles de inteligencia emocional emplean las estrategias de afrontamiento para atenuar sus emociones negativas y aumentar las positivas. Por lo que probablemente, tal y como apuntaban Carver, Scheier y Weintraub (1989), una vez reguladas las emociones, con un estado de ánimo más sereno y una perspectiva más amplia, estas mujeres se encuentran en una mejor disposición de afrontar las dificultades del cuidado de un modo más directo y eficaz.

En concreto, con respecto al uso del apoyo emocional, los datos que arroja la presente investigación apuntan a que, al contrario, este está siendo empleado de manera mayoritaria por estas mujeres como un recurso que les permite pensar en el problema con más calma, confiriéndole mayor fuerza y seguridad para afrontar sus problemas de un modo aproximativo. Sin embargo, cabría señalar una importante salvedad. El uso de la estrategia de desahogo emocional ha aparecido en esta investigación relacionado precisamente con una baja inteligencia emocional en cada uno de los dominios evaluados, por lo que en ese caso en concreto su uso probablemente sí se limite a un alivio momentáneo de ciertas emociones negativas e intensas y se relacione, al mismo tiempo, con una dificultad para afrontar los problemas de un modo más amplio y constructivo.

Con la particularidad de la estrategia de desahogo emocional, que como se acaba de indicar, parece seguir un funcionamiento distinto al resto, tomando los datos en su

conjunto, la presente investigación se sumaría a los trabajos que avalan la eficacia del uso de las estrategias centradas en la emoción, en concreto del apoyo emocional, la reevaluación positiva, la aceptación y el humor, en el contexto de los cuidados informales (Alpert & Womble, 2015; Austenfeld & Stanton, 2004; Chen, Huang, Yeh, Huang, & Chen, 2015; Goldzweig et al., 2012; McIlvane et al., 2008). La correlación, por tanto, encontrada en este y otros trabajos entre el afrontamiento centrado en los problemas y el afrontamiento centrado en la emoción, confirma la pertinencia de entender estas dos modalidades de afrontamiento más como dos formas complementarias de afrontar las situaciones estresantes, dentro de lo que sería el afrontamiento aproximativo, que como en dos categorías contrapuestas de afrontamiento (Carver, 2013).

- *La aceptación de la situación, condición necesaria para el buen ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.*

Especialmente relevantes para la salud de las abuelas de la generación sándwich estudiadas en esta tesis doctoral resulta el papel que ocupa el binomio de las estrategias de afrontamiento negación frente a aceptación y, dentro de dicho binomio, es la aceptación la estrategia que se vincula de forma más estrecha con diferentes procesos psicológicos y muestra una mayor capacidad predictiva.

La negación, por su parte, ha sido considerada una forma particular de evitación cognitiva o mental (Moos & Schaefer, 1993), caracterizada por intentos de negar o minimizar la importancia del evento estresante o sus consecuencias y por esfuerzos conductuales de ignorar al estresor (Carver et al., 1989). Se considera, en ese sentido, un mecanismo de defensa que puede tener un efecto protector sobre la persona, según el contexto y el momento en el que se emplee, como por ejemplo tras un primer contacto con un estresor particularmente intenso, o en aquellos casos en los que este se percibe como particularmente incontrolable y amenazante, ya que, al negar su existencia o su importancia, otorga tiempo a la persona para poder ir asimilando el hecho o la situación

impactante de forma progresiva. Sin embargo, su uso más allá de tales circunstancias no suele ser beneficioso para la persona (Roth & Cohen, 1986). En concreto en el contexto de los cuidados, su aparición puede ser beneficiosa en una primera etapa, tras el diagnóstico de la enfermedad o la aparición de la discapacidad en el familiar, por ejemplo, pero cuando se prolonga en el tiempo o se produce en un momento posterior de los cuidados, se asocia a sentimientos de desesperanza y/o sensación de falta de control (normalmente sobre el proceso de deterioro de la persona cuidada), sobrecarga, estrés, síntomas depresivos y ansiedad (Dupuis, Epp, & Smale, 2004; Goldzweig et al., 2012; Silva et al., 2015; Whittingham, Wee, Sanders, & Boyd, 2013).

Por su parte, el uso de la aceptación tiene lugar cuando las personas cuidadoras se dan cuenta de que no hay nada que puedan hacer para cambiar la situación que les genera estrés, pero no quieren quedarse sumidas en la pérdida o la frustración (Williams Morrison, & Robinson, 2014). Según defienden Alpert y Womble (2015), su empleo les resulta útil en ese momento porque les ayuda a redefinir su rol familiar y a encontrar consuelo en situaciones dolorosas. En un reciente estudio sobre resiliencia familiar, la estrategia de aceptación fue identificada por las familias como una condición previa y necesaria para que se produjera la adaptación a la situación de cuidados (Deist & Greef, 2017). Los resultados de la presente investigación avalan dicho planteamiento, ya que el uso de la aceptación ha sido vinculado a una mayor inteligencia emocional en las mujeres estudiadas, especialmente, a una mayor tolerancia al estrés, así como a un mayor nivel de optimismo, lo cual redundará claramente en una mejor salud física y psicológica en las abuelas de la generación sándwich.

- Los frecuentes sentimientos de culpa en las abuelas de la generación sándwich.

Algo que podría resultar llamativo en los resultados de esta investigación, sin embargo, es que el empleo de la estrategia de la autoinculpación, relativamente frecuente en estas mujeres, no aparece vinculado a ninguno de los dos tipos de afrontamiento manifestados.

Es decir, una importante cantidad de mujeres estudiadas se autoinculpan y esto no está relacionado con el hecho de utilizar más estrategias de afrontamiento del estrés aproximativas o evitativas. Este hecho apunta a una doble conclusión: por un lado, confirma la existencia relativamente habitual de sentimientos de culpa en las personas cuidadoras, como ha sido hallado en estudios anteriores, donde estos sentimientos y pensamientos se señalan como un componente destacado de la carga subjetiva (Gonyea, 2013). Sin embargo, todo parece indicar que dicha tendencia a la autocritica y a los sentimientos de culpa es independiente en este colectivo del tipo de afrontamiento (aproximativo o evitativo) habitual.

Una explicación a este curioso resultado la encontramos en la distinción que realiza Janoff-Bulman (1979) de dos tipos diferentes de autoinculpación, la comportamental y la caracterológica. Por un lado, la autoinculpación de tipo comportamental estaría vinculada con la creencia de que, en el futuro, ese comportamiento que depende de la propia persona podrá ser modificado o eliminado, para así obtener mejores resultados. La autoinculpación de tipo caracterológica, por otro lado, estaría vinculada con una tendencia a atribuir los sucesos negativos acontecidos a una causa difícilmente modificable, como es la propia personalidad. Por tanto, la clave que distingue a ambos tipos de autoinculpación es la existencia o no de sensación de control sobre lo ocurrido. Es decir, mientras que el comportamiento es fácilmente modificable, la personalidad sería un elemento mucho más estable y, por tanto, difícil de modificar.

Esto explicaría que la autoinculpación esté presente tanto en las mujeres con un afrontamiento de tipo aproximativo como de tipo evitativo. En el caso del afrontamiento aproximativo, probablemente se trate de una autoinculpación de tipo comportamental, y pueda ser empleada para controlar la situación estresante, mientras que en el caso del afrontamiento evitativo, seguramente está más vinculada a la resignación con la situación y, por tanto, a la inacción. En este sentido, se recomienda para futuras investigaciones

profundizar en esta diferenciación y en las implicaciones que ello conlleva para la salud de las abuelas de la generación sándwich.

El uso de la autoinculpación, tan frecuente en las abuelas de la generación sándwich, sugiere que se trata de una estrategia de afrontamiento vinculada al factor normativo de los cuidados. Con frecuencia la asunción de cuidados familiares no se percibe como el resultado de una decisión personal, tomada por propia iniciativa, sino como la única respuesta moralmente válida ante las expectativas de la familia y de la sociedad (Calasanti & King, 2007; Friedemann & Buckwalter, 2014). Cuando esto sucede, además de experimentar más estrés y sobrecarga por los cuidados, es más probable que las mujeres se sientan por un lado obligadas a asumir más tareas de las que les gustaría y, al mismo tiempo, culpables si no lo hacen (Gallicchio, Siddiqi, Langenberg, & Baumgarten, 2002). En esos casos, la asunción de cuidados (en menor o mayor grado) además, puede tornarse fácilmente en una situación generadora de sentimientos ambivalentes hacia la persona cuidada, hacia su relación con ella y hacia la propia cuidadora, lo que, en última instancia, retroalimenta de nuevo los sentimientos de culpabilidad (aumentando el peso de la dimensión interpersonal dentro de la carga subjetiva).

Por tanto, la presión que ejerce la sociedad y, en algunos casos, también la familia directamente, sobre las personas cuidadoras, en forma de normas y expectativas de cuidado, y de un modo mucho más intenso sobre las mujeres que sobre los hombres (Campbell, 2010), explica en gran medida la alta prevalencia de sentimientos de culpabilidad y autocrítica presente en este colectivo, en general, y encontrada en esta investigación, en particular.

Además, los resultados muestran que aquellas mujeres que emplean la estrategia de autoinculpación, independientemente de su tipo de afrontamiento, presentan una menor inteligencia emocional, especialmente traducida en un menor control de los

impulsos, así como un menor optimismo, un mayor estrés percibido y una menor salud psicológica. Es posible, por tanto, que ese menor control de los impulsos en ocasiones lleve a estas mujeres a actuar de forma impulsiva y que, a veces, dicha impulsividad las conduzca a decir o a hacer cosas de las que después puedan arrepentirse, con el consiguiente estrés (y sus implicaciones derivadas sobre la salud) que dicha situación genera, independientemente de que, cuando eso ocurra, asuman su responsabilidad y traten de evitar que vuelva a suceder en el futuro, o bien permanezcan ancladas en la culpa y en la inacción.

La relación negativa encontrada entre la autoinculpación y el optimismo puede interpretarse como que la mayoría de las abuelas de la generación sándwich que usan la autoinculpación lo hacen de una forma caracterológica, sin esperanzas en que la situación pueda cambiar en un futuro. Ahora bien, el hecho de que al incluir más variables en el modelo final de ecuaciones estructurales analizado en el estudio 5 (en el que además del cuidado diferencial hacia nietos y/o nietas o hacia ascendientes, varias estrategias de afrontamiento, estrés percibido y salud física y psicológica general; se incorporan la inteligencia emocional, el optimismo, el apoyo social, los conflictos familiares, la edad y el nivel educativo) el valor predictivo del empleo de la estrategia de afrontamiento referente a la autoinculpación desaparezca, parece apuntar también a que lo relevante no es que se produzcan o no sentimientos de culpa y autocrítica, sino cómo se procede con ellos. Cuando estos pueden ser reconducidos mediante un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo, especialmente cuando se acepta la situación de cuidados y se busca el apoyo emocional de otras personas para hacerle frente, el impacto de la autoinculpación sobre el bienestar de estas mujeres deja de ser significativo.

- El consumo de sustancias en las abuelas de la generación sándwich.

Hay otra estrategia de afrontamiento en las mujeres estudiadas que ofrece resultados que no se corresponden con los esperados, como es la baja frecuencia de uso de sustancias

como estrategia de afrontamiento del estrés. Esto podría ser debido a un bajo consumo de alcohol y drogas en la cohorte poblacional de mujeres entre 52 y 64 años (intervalo en el que se encuentra aproximadamente el 70% de la muestra), sin embargo, los elevados porcentajes de las mujeres estudiadas que manifiestan tomar medicación hipnótica (30,8%) o tranquilizante (21,7%) aunque sea de forma ocasional, sugieren que la subrepresentación de la estrategia relacionada con el uso de sustancias más probablemente se pueda deber a la tendencia a no identificar el consumo de ansiolíticos o hipnóticos como una droga o sustancia.

De hecho, los datos hallados en el presente estudio en referencia al consumo de ansiolíticos e hipnóticos sí se encuentran dentro de lo esperable, teniendo en cuenta que este tipo de consumo ha sufrido un incremento considerable y sostenido en las últimas décadas en España, especialmente en personas mayores y en mujeres (Alonso-Formento et al., 2010). Este aumento del consumo de hipnóticos parece deberse en parte a un aumento en la prevalencia del insomnio (Vicente-Sánchez, et al., 2013), síntoma bastante frecuente además en el colectivo de las personas cuidadoras. En la población general, se estima que en torno al 20% de las personas presenta al menos un síntoma de insomnio, de las cuales, una quinta parte toman tratamiento farmacológico para el insomnio (Ohayon & Sagales, 2010).

Sin embargo, el consumo de fármacos psicoactivos en España no siempre se acompaña de un diagnóstico previo formal (Alonso-Formento et al., 2010). Esto sucede porque hay un porcentaje importante de personas consumidoras de este tipo de fármacos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos, sin patología psiquiátrica ni insomnio diagnosticado. A nivel internacional, desde hace décadas se viene alertando sobre el peligro de emplear (tanto por la comunidad médica como por los usuarios) ansiolíticos e hipnóticos como forma de resolver problemas personales de diversa índole, medicalizando así el afrontamiento de las dificultades de la vida cotidiana (Pharoah &

Melzer, 1995). Además, este fenómeno tiene un patrón de género y edad, produciéndose con mayor frecuencia en mujeres y personas mayores. Nuestros datos, en los que se aprecia una baja tasa de diagnósticos psiquiátricos (10,2%), junto con un consumo de medicación psicoactiva que duplica e incluso triplica dicha cifra, también confirman dicha disociación.

4.1.3.2. Inteligencia emocional en las abuelas de la generación sándwich.

Con respecto a la inteligencia emocional, de nuevo se observa un fenómeno parecido al encontrado en referencia a las estrategias de afrontamiento: aunque, en términos generales, las mujeres estudiadas presentan una inteligencia emocional normativa, similar a las halladas en la población general en otras investigaciones (Rivera, Pons, Rosario-Hernández, & Ortiz, 2008; Ugarriza, 2001), al analizar estas puntuaciones con detenimiento se comprueba que existen dos grupos claramente diferenciados. Por un lado, se encuentran las mujeres que muestran una inteligencia emocional alta en flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos y, por otro lado, las que muestran una inteligencia emocional baja en estos tres dominios.

De nuevo, en la línea de lo encontrado en la clasificación de la muestra en función de las estrategias de afrontamiento, el grupo de mujeres caracterizado por una inteligencia emocional baja, muestra niveles de salud inferiores a los manifestados por aquellas caracterizadas por una inteligencia emocional alta. Sin embargo, en esta ocasión, la proporción de las mujeres estudiadas entre ambos grupos es prácticamente idéntica. A diferencia del grupo de mujeres que emplea un afrontamiento de tipo evitativo (minoritario), el grupo de mujeres que muestra una inteligencia emocional baja es ligeramente superior al grupo de mujeres que muestra una inteligencia emocional alta. Esto nos lleva a una conclusión lógica: aunque el afrontamiento aproximativo se relaciona con una inteligencia emocional alta y el afrontamiento evitativo con una inteligencia emocional baja, ambas clasificaciones, al tener tamaños muy diferentes, no son análogas,

de forma que las mujeres que muestran un afrontamiento de tipo evitativo no se corresponden con las mismas mujeres que muestran una menor inteligencia emocional.

Por tanto, se confirma de nuevo, en la línea de lo indicado en otros estudios, que una mayor inteligencia emocional se corresponde con una mayor estabilidad emocional, convirtiéndose en un factor predictor de la salud y bienestar (Carmeli, Yitzhak-Halevy, & Weisberg, 2009; Higgs & Dulewicz, 2008; Martins, Ramalho, & Morin, 2010). En ese sentido, Joseph y Newman (2010) defienden que la estabilidad emocional, definida como ausencia de excitabilidad emocional, neuroticismo y/o ansiedad, es una predisposición que subyace bajo la dimensión de regulación emocional de la inteligencia emocional, de la misma forma que la consciencia de las emociones está involucrada en la percepción de las emociones. Para defender dicha idea, este estudio de meta-análisis se basa en el hecho constatado de que las personas con altos niveles de neuroticismo, a pesar de invertir más tiempo en tratar de regular sus estados emocionales, experimentan altos niveles de afectividad negativa e hiperreactividad a los estresores de la vida diaria (e.g., Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Suls, Green, & Hillis, 1998). En la medida en la que una alta inteligencia emocional supone pues una adecuada interacción entre emoción y cognición (Salovey & Grewal, 2005), permite un adecuado funcionamiento psicosocial y, al mismo tiempo, reduce la presencia de síntomas psicológicos y psicosomáticos (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007).

Por otra parte, al analizar el efecto de cada uno de los tres dominios de inteligencia emocional por separado, se comprueba que es la tolerancia al estrés el factor clave, al ser el que más se relaciona con una mejor salud, ya que una alta tolerancia se asocia con un aumento en la valoración de la salud, una mejor salud psicológica, menos ansiedad, una mayor satisfacción vital y felicidad, una menor presencia de cardiopatías y trastornos psiquiátricos diagnosticados, así como un menor consumo de medicación hipnótica y ansiolítica.

Al analizar el efecto combinado de la inteligencia emocional con el tipo de afrontamiento, se observa que el porcentaje de varianza explicada incrementa de forma clara en casi todos los indicadores de ajuste biopsicosocial evaluados, tanto cuando se tiene en cuenta la inteligencia emocional total como cuando se tiene en cuenta únicamente el dominio de tolerancia al estrés. Este efecto de amplificación señala la sinergia que existe entre las estrategias de afrontamiento aproximativo y una alta inteligencia emocional, como se ha señalado en otros estudios (MacCann, Fogarty, Zeidner, & Roberts, 2011; Matthews & Zeidner, 2000).

De nuevo es el dominio tolerancia al estrés es el que se asocia de forma más clara tanto con un afrontamiento de tipo aproximativo y con un nivel de optimismo alto como con mejores indicadores de bienestar. De esta forma, una mayor tolerancia al estrés, junto con expectativas positivas con respecto al futuro, ayuda a estas mujeres a gestionar de forma efectiva y constructiva las emociones asociadas a situación de cuidado y las que se derivan de ellas. Eso hará más probable que, por ejemplo, ante la aparición de un conflicto familiar, este sea resuelto de manera satisfactoria. La relación entre inteligencia emocional y conflictividad familiar será abordada en más profundidad en el siguiente apartado de la Discusión.

Ahora bien, dentro de la inteligencia emocional, los componentes de flexibilidad y, en menor medida, control de los impulsos, también ejercen cierta influencia sobre el ajuste biopsicosocial de estas mujeres, tal y como se explica y discute a continuación.

En concreto, la flexibilidad de las mujeres estudiadas se relaciona de forma más clara con los indicadores ligados a su estado anímico, ya que este dominio de inteligencia emocional se relaciona con menor probabilidad de sufrir depresión y con mayor nivel de felicidad. Teniendo en cuenta que la flexibilidad puede ser definida como la habilidad para ajustar las emociones, los pensamientos y los comportamientos ante los cambios (Naik, 2015), en el contexto de los cuidados familiares, esta dimensión de la inteligencia

emocional probablemente potenciaría en las mujeres de esta generación la adaptación no solo a la situación de los cuidados, sino a los diferentes cambios que se pueden producir como consecuencia de esta situación. En concreto, en el cuidado de ascendientes, casi con toda probabilidad, el avance de la enfermedad va a llevar consigo cambios en el nivel de dependencia de su familiar (o familiares) y una exacerbación progresiva de la inversión de roles entre padres/madres e hijos/hijas, que va a requerir una gran capacidad de adaptación por parte de la persona cuidadora (Moreno-Cámara, Palomino-Moral, Moral-Fernández, Frías-Osuna, & del-Pino-Casado, 2016). Pero también en el cuidado de nietos y nietas se van a producir cambios. A medida que nietos y nietas crezcan, sus necesidades de cuidado y sus rutinas irán cambiando. Del mismo modo, los cambios sobrevenidos en los hijos e hijas de las personas cuidadoras (cambios de puestos de trabajo, horarios, separaciones o nuevas parejas) pueden ocasionar cambios directos en las demandas de cuidado de nietos y nietas. En ese sentido, la falta de adaptabilidad ha sido identificada como un factor predictor de depresión en personas cuidadoras (Deimling, Smerglia, & Schaefer, 2001). Asimismo, tal y como se comentó en el apartado anterior, la planificación es una estrategia de afrontamiento clave para el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas.

Por su parte, el control de los impulsos únicamente parece ejercer cierto efecto amortiguador sobre la ansiedad. Según el propio autor (Bar-on, 2000), esta subescala evalúa específicamente una tendencia a la impulsividad, baja tolerancia a la frustración y dificultad para controlar la ira. Concretamente, en las mujeres estudiadas en esta tesis doctoral, sometidas a múltiples y continuas demandas de atención y cuidados por parte de sus familiares (Riley & Bowen, 2005), una baja tolerancia a la frustración podría estar relacionada con el aumento en el nivel de ansiedad, incrementándose más aún cuando se acompaña de una baja tolerancia al estrés y estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, tal y como se ha comentado en apartados previos. Por el contrario, un mayor control de

los impulsos permite a estas mujeres no dejarse llevar por las emociones negativas, manteniendo la calma y la perspectiva incluso en los momentos más complicados, lo cual, a tenor de los resultados encontrados, contribuye a la disminución de los pensamientos de autocrítica y de los sentimientos de culpa en esta generación de mujeres.

Por tanto, una alta inteligencia emocional se correspondería en el entorno de los cuidados familiares con una fuente de resiliencia, al permitir a las cuidadoras adaptarse a los cambios sobrevenidos, tolerar mejor las emociones generadas por el estrés de los cuidados y hacerse fuertes ante las dificultades (Tugade & Fredrickson, 2004). De esta forma, la inteligencia emocional podría ser una de las claves que explicaría el proceso de adaptación ante la situación de estrés que las personas cuidadoras van desarrollando a lo largo del tiempo y que han puesto de manifiesto algunos estudios longitudinales (Haley, Roth, Hovater, & Clay, 2015). Una vez pasado un primer momento de adaptación y aceptación de la situación, habilidades tales como la flexibilidad, la tolerancia al estrés y el control de los impulsos podrían ayudar a estas mujeres a afrontar el estrés generado por la situación de cuidados, relativizándolo y adaptándose con más facilidad a los cambios que con frecuencia dicha situación requiere, favoreciendo de esta forma un estado más calmado y una valoración más positiva de su propio bienestar.

Las diferencias encontradas en los indicadores de ajuste biopsicosocial de estas mujeres se acentúan de manera especial en el caso de la ansiedad y de la felicidad, por lo que la inteligencia emocional en este colectivo parece estar especialmente vinculada tanto a una mayor valoración de la propia felicidad, como a una menor presencia de sintomatología ansiosa. Ambas asociaciones han sido señaladas previamente en la literatura científica. La asociación entre inteligencia emocional y felicidad ha sido establecida en la población general (Furnham & Petrides, 2003), mientras que una investigación más reciente ha señalado la inteligencia emocional como predictor de ansiedad en cuidadores de enfermos de Alzheimer (Weaving et al., 2014).

4.1.3.3. Disposición al optimismo en las abuelas de la generación sándwich.

Con respecto a la disposición al optimismo, en términos generales, las mujeres estudiadas muestran una marcada tendencia optimista. Dicha tendencia al optimismo, además, aparece vinculada en la presente investigación a un afrontamiento de tipo aproximativo, a una mayor inteligencia emocional y, en particular, a una mayor tolerancia al estrés. Además, este estudio encuentra que las mujeres con más nivel de optimismo muestran un menor estrés percibido y mayores niveles de bienestar en todas las áreas de salud evaluadas.

Las abuelas de la generación sándwich entrevistadas, por tanto, tienden mayoritariamente a mostrar una visión positiva sobre las situaciones, sobre sus propios recursos para hacer frente a las dificultades y sobre el futuro. Curiosamente, las mujeres estudiadas que asumen una doble carga de cuidados se muestran ligeramente más optimistas que aquellas que asumen una carga de cuidados solo hacia sus ascendientes, como si, de alguna forma, la existencia del cuidado de nietos y/o nietas favoreciera que la situación de cuidados sea afrontada por ellas con esperanza y desde una perspectiva más positiva. Algunos estudios relacionados con los cuidados informales (e.g., Mackay & Paquenan, 2011) vinculan la tendencia al optimismo con una mayor probabilidad de evaluar la situación de cuidados como un reto más que como una amenaza, y con una mayor sensación de control. Esa confianza en que podrán salir adelante, probablemente, les hace evaluar las situaciones de cuidado, que serían potencialmente estresantes, como menos amenazantes para ellas y más controlables, lo cual, al mismo tiempo, facilita que puedan afrontarlas de manera más práctica y eficaz.

En este sentido, el optimismo ha sido vinculado en personas cuidadoras con el concepto de autoeficacia y, ambos factores, con una menor sobrecarga y una mayor satisfacción por los cuidados (Oh & Kim, 2015). La autoeficacia, definida por Bandura (1977, 1982) como una evaluación que realiza la persona acerca de su habilidad de

dominar con éxito una tarea específica, susceptible de cambio en respuesta a las diferentes experiencias vividas a lo largo del tiempo, permite a aquellas personas cuidadoras con una alta percepción de autoeficacia en los cuidados centrarse en aquellas cuestiones que son capaces de realizar, más que en aquellas en las que fallan. Por el contrario, aquellas personas con una baja percepción de autoeficacia en los cuidados serían más vulnerables a los estresores del cuidado y a sus consecuencias negativas (Gilliam & Steffen, 2006). El lugar donde la percepción de autoeficacia y el optimismo de las personas cuidadoras convergen es en sus expectativas acerca del éxito (o fracaso) al afrontamiento de la situación de cuidados (Karademas, 2006). Así, en la medida en que una persona se perciba a sí misma como capaz de manejar las situaciones derivadas del cuidado, tenderá a ser optimista con respecto al desarrollo y desenlace de su asunción de cuidados.

Además, la relación del optimismo con el afrontamiento de las dificultades y, en particular, con la aceptación, ha sido descrita por algunos autores como la clave para entender sus efectos sobre la salud psicológica (Daukantaite, 2014). Las personas optimistas tienden a tener confianza en que conseguirán sus objetivos y esa confianza les lleva a afrontar las dificultades, más que a evitarlas, y a aceptar la existencia del estresor, que es percibido como un reto. De esta forma, el optimismo estaría actuando en un doble sentido. Por un lado, a través de su relación con la estrategia de afrontamiento de aceptación, el optimismo contribuiría a evaluar la situación de cuidados, no como un hecho altamente estresante, sino como una circunstancia vital más a superar. Por otro lado, una actitud positiva de aceptación de la realidad y de esperanza hacia el futuro facilita que se experimenten más emociones positivas y menos síntomas físicos y psicológicos durante los momentos de adversidad (Carver, 2014).

Ahora bien, a pesar de la fuerte asociación entre optimismo y aceptación, la tendencia al optimismo también se relaciona, tanto en esta investigación como en estudios anteriores con otras estrategias de afrontamiento del estrés de tipo aproximativo, como

son el apoyo emocional, la reevaluación positiva o el uso del humor (Scheier, Carver, & Bridges, 2001).

El hecho de que el optimismo aparezca asociado en las abuelas de la generación sándwich tanto a una mayor reevaluación positiva como a una mayor aceptación, así como a una menor autoinculpación, transmite la idea de que probablemente el optimismo permite a estas mujeres realizar un trabajo cognitivo de reinterpretación de la situación de los cuidados en términos positivos, lo que a su vez facilita la aceptación de dicha situación y, por tanto, que la asunción de la responsabilidad de cuidar a su familiar o familiares sea vivida no como la única respuesta posible ante la presión social y/o familiar, más allá de sus deseos individuales, sino como una decisión propia. El uso del humor como estrategia de afrontamiento, mediante el alivio de la tensión que procura, contribuiría a realizar dicha reinterpretación de la situación manteniendo una visión positiva del futuro, favoreciendo también, por tanto, la aceptación de la situación de cuidados. Tal y como señalaron Scheier et al. (2001), cuando el problema no puede evitarse, las personas optimistas tienden a usar las estrategias centradas en la emoción más adaptativas, como son la aceptación, el uso del humor y la reevaluación positiva, mientras las personas pesimistas tienden a emplear la negación y la desconexión.

4.1.4. Análisis integrador del efecto protector de los recursos psicológicos y sociales de las abuelas de la generación sándwich con respecto al impacto de la ayuda y los cuidados sobre su estrés y su salud.

En este apartado se analizará de manera integral el impacto del cuidado sobre el ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich, teniendo en cuenta el papel del estrés percibido por estas mujeres como mediador en dicha relación, así como la influencia del resto de las variables analizadas.

Los análisis multivariantes, y en especial los realizados mediante modelos de ecuaciones estructurales, al favorecer la incorporación de diferentes variables, con sus

correspondientes efectos sobre el resultado final, permiten mostrar una visión más amplia de los fenómenos. En este caso, nos permiten poder relacionar el impacto relativo de cada uno de los recursos psicológicos y sociales estudiados, así como detectar posibles sesgos causados por ciertas características sociodemográficas de la muestra estudiada.

4.1.4.1. Influencias y sesgos causados por las variables sociodemográficas de las abuelas de la generación sándwich.

A lo largo de esta investigación se han detectado posibles sesgos en base a ciertas características sociodemográficas de las participantes. En concreto, se trata de las variables edad, nivel de estudios y, en menor medida, la percepción de dificultades económicas y el tipo de hábitat (rural o urbano).

- La edad como factor protector en la percepción del estrés.

Una de las variables sociodemográficas cuya influencia se muestra más relevante en los análisis globales es la edad de las abuelas de la generación sándwich. Es importante recordar en este punto la variabilidad de las mujeres estudiadas en función de su edad, ya que la abuela más joven tenía 40 años y la de más edad, 75 años. Ahora bien, a pesar de este amplio rango, la dispersión de la edad ($\sigma = 5,85$) con respecto a la media de edad de las mujeres analizadas ($x = 57,91$) es muy baja.

Sorprendentemente, la edad no aparece en el modelo final de ecuaciones estructurales como un determinante directo de la salud de las mujeres estudiadas, lo que se podría explicar por dos razones. En primer lugar, el factor salud del modelo representa en mayor medida la salud psicológica que la física, siendo esta última la que se resiente de manera más clara con la edad (Whitbourne & Whitebourne, 2012). En segundo lugar, por las propias características de la muestra, perteneciente en su totalidad a la misma generación, provoca que la variabilidad de la edad sea bastante pequeña ($\sigma=5,85$), probablemente no lo suficiente como para poder observar ciertos cambios en la salud física que se producen a largo plazo.

Sin embargo, sí se aprecia una fuerte relación entre edad y nivel socioeconómico en las mujeres estudiadas, ya que un aumento de edad se relaciona con un mayor nivel educativo y con una menor percepción de dificultades económicas. Teniendo en cuenta las características de la muestra, la explicación a esta asociación puede deberse en este caso al retraso de la maternidad e, indirectamente, de la condición de abuela, que tiene lugar cuando la mujer prosigue sus estudios más allá de la educación obligatoria (Gómez, Gallego, & Díaz, 2002). Con frecuencia sucede entonces que la maternidad se posterga no solo hasta la finalización de los estudios sino, normalmente, hasta la consecución de un puesto de trabajo acorde con la cualificación obtenida (Fuentes et al., 2010; Kreyenfeld & Andersson, 2014). Ello explicaría también porque la edad, dentro de las abuelas de la generación sándwich, se relaciona en esta tesis doctoral no solo con un mayor nivel de estudios sino también con una menor percepción de dificultades económicas.

Además, sí se observa una relación clara entre la edad de las mujeres estudiadas y su nivel de estrés percibido, pero siendo la relación de tipo negativo, es decir, cuanta más edad tienen, menos estrés perciben. La relación entre edad y estrés no es concluyente en la literatura científica. En términos generales, y a pesar de que con la edad aumenta la probabilidad de sufrir algunos acontecimientos objetivamente adversos como el padecimiento de enfermedades, la pérdida de seres queridos o la reducción de ingresos, paradójicamente, las personas mayores tienden a informar de menos estrés y a presentar mayor eficacia en la regulación emocional que las jóvenes (Aldwin & Yancura, 2010; Helvik et al., 2016). Una explicación a esta aparente contradicción se encuentra en la evaluación que realizan sobre los problemas, de forma que la edad y la experiencia adquirida en el afrontamiento de las dificultades vitales facilitarían una visión más amplia y una valoración menos estresante de las dificultades (Boeninger, Shiraishi, Aldwin, & Spiro, 2009).

Sin embargo, en el ámbito de los cuidados, tanto una menor como una mayor edad de las personas cuidadoras ha sido señalada como un factor de estrés en dichas personas (Chang, Brecht, & Carter, 2001; Luchesi, Degani, Brígola, Pavarini, & Marques, 2015). A la hora de interpretar la aparente inconsistencia de dichos resultados, conviene tener en cuenta que en los casos en que la muestra no es homogénea, el efecto de una menor edad de las personas cuidadoras puede estar confundiéndose con otros factores asociados a esta: el ser cónyuge de la persona cuidada, el estar incorporada en el mercado laboral o que la persona a cuidar padezca algún tipo de demencia. Estos factores han sido señalados como elementos que aumentan el estrés en las personas cuidadoras (Deimling et al., 2001; Fortinsky et al., 2007; Pinquart & Sörensen, 2011).

- El mayor valor predictivo del nivel de estudios frente al estatus económico.

Otra característica sociodemográfica que ha mostrado tener una influencia importante en el modelo explicativo global, esta vez afectando directamente a la salud de las mujeres estudiadas, es su nivel de estudios. En la línea de lo ya apuntado por otras investigaciones (Dupuis et al., 2004; Von-Känel et al., 2008) se observa que el nivel de estudios correlaciona positivamente con la salud de estas mujeres, pero no con su estrés percibido.

El nivel educativo de las abuelas de la generación sándwich estudiadas aparece relativamente polarizado, ya que cerca de la mitad solo tiene estudios básicos o primarios (42,3%), mientras que, al mismo tiempo, hay un importante grupo, aunque menos numeroso (20,8%), que tiene estudios universitarios. El resto se reparte de manera más distribuida entre aquellas mujeres sin estudios (12,8%), las que han estudiado alguna formación profesional o equivalente (12,8%) y las que tienen estudios de bachillerato o equivalente (10,7%). Al haber dicotomizado esta variable en el modelo de ecuaciones estructurales entre nivel de estudios bajo (sin estudios o con estudios primarios) y nivel de estudios alto (estudios de bachillerato o equivalente y/o estudios universitarios), las

mujeres con un nivel de estudio intermedio (aquellas que han estudiado formación profesional o equivalente) han quedado fuera de los análisis.

En la población general está constatado que existe una vinculación entre el nivel educativo y la salud, aunque la forma en la que se produce dicha relación (si es causal o no, si su efecto es directo o indirecto, a través del empleo y del nivel de ingresos, etc.) aún no parece clara (Klemera, 2014). Los efectos positivos que tiene la educación sobre la sensación de control, más allá de las circunstancias y eventos vitales, y sobre la planificación del futuro, han sido identificados como posibles mecanismos que explican la asociación entre nivel de estudios y salud (Prenda & Lachman, 2001; Ross & Van-Willigen, 1997).

Concretamente en el contexto de los cuidados, la relación entre el nivel de estudios y la salud de las personas cuidadoras ha sido descrita de forma inconsistente en la literatura científica. Mientras muchas investigaciones señalan un claro riesgo para la salud en aquellas personas con menos estudios (Von-Känel et al., 2008; Wang, Shyu, Chen, & Yang, 2011), otros no encuentran relación (Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987) o indican que su influencia es indirecta, a través de un menor nivel de ingresos u otros factores relacionados (Dupuis et al., 2004; Wallace-Williams, Dilworth-Anderson, & Goodwin, 2003). En ese sentido, los resultados de esta investigación también evidencian que el nivel de estudios se encuentra vinculado a la percepción de la situación económica, de modo que un mayor nivel de estudios se relaciona con una menor percepción de dificultades económicas. Sin embargo, y pese a que la situación económica también se relaciona con el estrés y, en menor medida, con la salud psicológica, es la variable nivel de estudios la que realmente ejerce una influencia relevante sobre la salud de estas mujeres.

El hecho de que las mujeres con un mayor nivel de estudios y, en menor medida, con una menor percepción de dificultades económicas, presenten una mejor salud, podría

estar advirtiéndolo sobre los efectos del gradiente social en las desigualdades sociales en salud (Black, Morris, Smith, & Townsend, 1980). Es decir, que aquellas personas con más estudios y mayores recursos socioeconómicos son las que disfrutan de más oportunidades y facilidades y, por tanto, disfrutarán a largo plazo de una mejor salud, tanto física como psicológica.

En ese sentido, es importante advertir que en esta investigación no se han tenido en cuenta medidas objetivas del estatus económico, como por ejemplo el nivel de ingresos. Sin embargo, siguiendo este ejemplo, un nivel de ingresos alto puede acompañarse de un nivel igualmente alto de gastos, o incluso un alto nivel de endeudamiento, y viceversa. Por tanto, se ha optado por evaluar la percepción de las participantes de su situación económica, distinguiendo si manifestaban la existencia o no de dificultades económicas. Dicha percepción tiene la ventaja de que puede reflejar una imagen más clara del estado económico y financiero de una familia que su nivel de ingresos y ser sensible, por ejemplo, a una situación de crisis económica. Por ese motivo fue elegida y, por ello, es lógico que ese indicador sí se haya encontrado relacionado de forma significativa con el estrés percibido.

Podría pensarse que dicha percepción, de carácter subjetivo, puede reflejar una situación muy puntual o una visión muy personal, que no tendría por qué corresponderse con el estatus socioeconómico que, en términos generales y objetivos, esa familia tiene; siguiendo esa línea de pensamiento, podría concluirse que el gradiente social observado en esta investigación sería aún mayor, si se apreciase a través del estatus económico objetivo. Sin embargo, cada vez más investigaciones apoyan la fuerza de indicadores subjetivos para evaluar el estatus económico (tales como la percepción de riqueza), demostrando que pueden llegar a tener un impacto independiente e incluso mayor en la salud que indicadores socioeconómicos objetivos (Pham-Kanter, 2009). Esto puede deberse a que, por un lado, las medidas objetivas no captan la experiencia del individuo

de percibirse a sí mismo con un estatus económico más bajo (Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000; Adler & Snibbe, 2003) y, por otro lado, al hecho de que la salud no se ve afectada únicamente por la escasez de recursos materiales, sino también por las dimensiones psicológicas y subjetivas de percepción de desigualdad (American Psychological Association Task Force on Socioeconomic Status, 2007). El hecho de que la percepción de dificultades económicas no aparezca en el modelo final de ecuaciones estructurales parece apuntar, más que a una ausencia de relación entre nivel socioeconómico y salud, a que existe otra variable que explica mejor dicha relación. En concreto, se trata de la variable nivel de estudios, cuya influencia, en general, ha mostrado ser muy relevante en esta tesis doctoral.

Así, respecto al nivel de estudios, se encuentra, por ejemplo, que las mujeres que tienen un mayor nivel de estudios muestran una mayor inteligencia emocional, específicamente, muestran mayor puntuación en la subescala de flexibilidad. Curiosamente, tampoco se encuentran diferencias significativas en la inteligencia emocional en base a la situación económica. En ese sentido, diversos estudios señalan el valor predictivo de la inteligencia emocional sobre el rendimiento académico (Parker et al., 2004; Van-Rooy & Viswesvaran, 2004), incluso una vez controlado el efecto del coeficiente intelectual (Pérez-Pérez & Castejón-Costa, 2007). Concretamente una mayor flexibilidad, en el sentido de una menor rigidez y una mayor facilidad de adaptación a los cambios, predisponga en cierto sentido a continuar la educación más allá de las etapas obligatorias, al favorecer que las personas salgan de su zona de confort (entornos y hábitos conocidos, dentro de su repertorio habitual) con mayor facilidad.

- La curiosa baja importancia de la pareja en el ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.

Una variable sociodemográfica que se esperaba influyera de forma clara sobre la salud y el bienestar de las abuelas de la generación sándwich y que no ha mostrado ningún efecto

significativo sobre estas, es si tienen o no pareja con la que convivan. Contrariamente a lo que cabría esperar, teniendo en cuenta la influencia que el estado civil como factor protector suele tener en la población general (Keele University, 2018; Manfredini et al., 2017; Ruiz, Prather, & Kauffman, 2013), el hecho de que estas mujeres tengan o no pareja no ha mostrado un impacto relevante sobre su salud y su bienestar. Esto podría deberse a dos motivos, los cuales no son mutuamente excluyentes, sino que se encuentran estrechamente relacionados.

Por un lado, en términos generales, probablemente lo relevante para la salud de una persona no sea tanto si esta tiene o no pareja, sino si dicha pareja supone para ella una fuente de apoyo o no, e incluso si puede llegar a suponer, en cambio, una fuente de estrés y conflictos (Silverberg-Koerner et al., 2009; Yates, Tennstedt, & Chang, 1999). En el estudio de Silverberg et al. (2009), el apoyo de la pareja se mostró como el mejor predictor de la aparición de efectos positivos relacionados con el cuidado, por encima de otras variables, e incluso por encima de otros subtipos de apoyo social. El hecho de que en esta tesis doctoral tanto el apoyo social como la conflictividad familiar sí aparezcan asociados a diversos indicadores de ajuste, apoyaría también esa idea.

Por otro lado, conviene tener en cuenta que en los países de cultura familista, concretamente en las familias de cuatro generaciones, el contacto con familiares tanto ascendientes como descendientes tiende a ser mayoritario y frecuente, tal y como confirman los resultados de ayuda y cuidados hallados en esta tesis doctoral. Es posible que el apoyo intergeneracional en estas familias pueda ir restando importancia al impacto que suele ejercer la relación de pareja en otras tipologías de culturas y familias. Es decir, en este tipo de familias es probable que tanto la extensión vertical de su red social familiar como, especialmente, las relaciones de solidaridad intergeneracional entre sus miembros, supongan una fuente de apoyo lo suficientemente relevante como para compensar una posible falta de apoyo proveniente de la pareja. Esto sería congruente con el alto nivel de

apoyo social encontrado en la presente investigación y con los trabajos que indican que, a partir de cierto nivel, un aumento en el apoyo social tiene un menor efecto para la salud, siendo lo realmente determinante el tener, al menos, una relación personal estrecha y de calidad con otra persona (House, 2001; Michael, Colditz, Coakley, & Kawachi, 1999).

- La cuestionable influencia del hábitat de residencia en las abuelas de la generación sándwich.

La mayor parte de las participantes en esta investigación (69,8%) residen en entornos urbanos, mientras la proporción de abuelas de la generación sándwich estudiadas que residen en entornos rurales no llega a la tercera parte de la muestra (30,2%).

Aunque el tipo de hábitat no se relaciona en esta tesis doctoral de manera directa ni con el estrés ni con la salud psicológica de las abuelas de la generación sándwich, sí aparece relacionado con el nivel de estudios y con su salud física, de forma que aquellas mujeres estudiadas que residen en poblaciones rurales tienden a tener un menor nivel educativo y una peor salud que aquellas que residen en poblaciones urbanas.

El hecho de que, concretamente en España, el nivel educativo en los entornos urbanos sea menor parece seguir una lógica cultural e histórica comprensible (Álvarez, Sánchez, & Lucena, 2013). De manera similar, puede entenderse que se observen peores condiciones de salud en las poblaciones rurales, donde el nivel educativo es menor, las condiciones de vida ligadas al campo y a los trabajos físicos pueden resultar más duras y el acceso a los recursos sanitarios, tecnológicos o culturales no siempre es tan sencillo como en las ciudades. Sin embargo, esta idea contrasta con el hecho de que la esperanza de vida en las áreas rurales es mayor que en las urbanas (IMSERSO, 2011). Las investigaciones al respecto constatan que, debido a dichos factores, los entornos urbanos tienen un efecto positivo en la supervivencia hasta los 80 o 90 años. A partir de esa edad, sin embargo, probablemente debido a los efectos de la contaminación presente en las

ciudades y a los hábitos de vida de las áreas rurales, la tendencia se invierte (Congdon, Shouls, & Curtis, 1997; Magnolfi et al., 2007; Wen & Gu, 2012).

Curiosamente, se aprecia que hay una mayor proporción de mujeres residentes en entornos rurales en el grupo que muestra una inteligencia emocional más baja. Aunque la relación entre la inteligencia emocional y el tipo de hábitat de residencia es menos evidente, podría estar relacionada indirectamente con el nivel educativo, ya que otras investigaciones sí han encontrado esta relación (Costa & Faria, 2015; Perera & DiGiacomo, 2015; Pérez-Pérez & Castejón-Costa, 2007). No obstante, sería necesario realizar nuevos estudios en el contexto de este colectivo para poder establecer unas conclusiones más claras y no caer en argumentos simplistas, peligro del que ya advierten especialistas en el ámbito de la inteligencia emocional (Zeidner, Matthews, & Roberts, 2001).

4.1.4.2. El estrés percibido como factor mediador entre la ayuda y los cuidados ofrecidos y la salud de las abuelas de la generación sándwich.

Partiendo del modelo teórico del *proceso del estrés aplicado al cuidado* propuesto por Pearlin et al. (1990), el presente trabajo muestra un modelo contextualizado en las mujeres de la generación sándwich en el que su salud, tanto física como psicológica, es determinada en gran medida por el estrés, siendo este a su vez influido por diversos factores sociodemográficos, psicológicos y sociales de la persona cuidadora. En concreto, tanto en los análisis sobre el efecto amortiguador de los recursos psicológicos como, especialmente, en los modelos de ecuaciones estructurales generados, el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich se configura como el gran factor mediador entre las distintas variables (como ayuda a familiares, estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional, tendencia al optimismo y apoyo social), por un lado, y la salud de las mujeres de la generación sándwich, tanto física como psicológica, por el otro lado.

Además, el efecto de mediación del estrés percibido en los modelos de ecuaciones estructurales presentados, muestra una fuerte carga estimada tanto sobre la salud psicológica general (carga de $-.54$ en el modelo de la intensidad de ayuda, las estrategias de afrontamiento, el estrés y la salud, presentado en el estudio 2 de esta tesis doctoral) como sobre la salud global (carga de $-.73$ hacia el factor de salud global del modelo final presentado en el estudio 5). Tal y como se describió en el estudio 5 del capítulo anterior de esta tesis doctoral, este factor de salud global incluye tanto la salud física (con carga $.56$) como la salud psicológica general (con carga $.92$). Por ello, la salud psicológica tiene un mayor peso que la física tanto en este modelo del estudio 5 como en el modelo de la intensidad de ayuda, las estrategias de afrontamiento, el estrés y la salud, presentado en el estudio 2 de la presente tesis doctoral.

Ahora bien, en el modelo presentado en el estudio 2 se muestra además que la salud física y la salud psicológica se encuentran estrechamente relacionadas, en la línea del paradigma biopsicosocial (Engel, 1977), de forma que la salud psicológica también tiene un efecto directo sobre la salud física. Sin embargo, no todo el impacto del estrés se produce a través del efecto de la salud psicológica sobre la física. Al analizar de manera diferenciada la salud psicológica de la física, se comprueba que, a pesar de que la percepción del estrés presenta mayor relación con la primera que con la segunda, dicha relación entre el estrés y la salud física continua existiendo al controlar la salud psicológica.

En el primer modelo de ecuaciones estructurales presentado, en el que se analiza el efecto del tipo de ayuda y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento sobre el estrés y la salud de las abuelas de la generación sándwich (estudio 2); la varianza explicada de la salud psicológica supera el 47%. En el segundo modelo (estudio 5), en el que se añaden nuevas variables como la inteligencia emocional, el optimismo, el apoyo social o el cuidado diferencial hacia nietos y nietas o hacia ascendientes, y se eliminan

otras (los distintos tipos de ayuda y las estrategias de negación y autoinculpación); la varianza explicada del estrés alcanza el 44,7%. Por su parte, en este modelo más completo la varianza explicada de la salud a través del estrés y de la interacción del resto de variables incluidas alcanza el 69,2%. Por tanto, ambos modelos de ecuaciones estructurales muestran una alta capacidad predictiva.

El efecto del estrés sobre la salud física y psicológica de las personas cuidadoras está ampliamente documentado en la literatura científica (Abramson, 2015; Vitaliano et al., 2003; Yee & Schulz, 2000). Dicho efecto se produciría a través de una doble vía, tal y como se describe a continuación.

Por un lado, mediante un mecanismo estrictamente biológico, la respuesta prolongada de estrés produce una sobreactivación del sistema nervioso simpático, una liberación constante de hormonas y neurotransmisores (fundamentalmente las catecolaminas epinefrina o adrenalina y norepinefrina o noradrenalina, y el glucocorticoide cortisol) y, por tanto, un desgaste en el organismo (Bauman & Karel, 2013). Una respuesta que a corto plazo resulta muy adaptativa, preparando al individuo para actuar ante el estresor, a largo plazo, produce inmunodepresión, un mayor riesgo de padecer enfermedades y el empeoramiento de patologías existentes (Vitaliano et al., 2003; Yamamoto, 2013).

Por otro lado, el otro mecanismo implicado en los efectos nocivos del estrés sobre la salud es de corte estrictamente comportamental. Consiste en que la presencia prolongada de estrés afecta a la persona que lo padece disminuyendo su autocuidado y aumentando conductas de riesgo para la salud (Carter, 2002). Estas personas, en comparación con las personas no cuidadoras, se alimentan peor, tienen más dificultades para encontrar tiempo para hacer ejercicio, finalizan los períodos de convalecencia antes de haberse recuperado completamente y olvidan tomar la medicación que les prescribe el personal médico (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000; Connell, 1994). En general, la

investigación ha constatado que cuanto más demandante es el cuidado hacia otra u otras personas, menos probable es que las personas cuidadoras tengan tiempo para atender sus propias necesidades de salud. Asimismo, en referencia al sueño, las personas cuidadoras, en comparación con quienes no lo son, descansan menos, tienen más dificultades para dormir y toman más medicación para promover el sueño (Acton, 2002). Esto último concuerda con lo hallado en la presente investigación, donde casi la tercera parte de las mujeres estudiadas (30,70%) consume medicación hipnótica al menos una vez al mes. El posible efecto de infradiagnóstico en las mujeres con doble carga de cuidados sugerido en el apartado 4.1.2. de la presente Discusión apunta también en el mismo sentido.

Ante la exposición a situaciones estresantes, la acción simultánea de ambos mecanismos, tanto el biológico como el comportamental, estaría contribuyendo a alterar la función cardiovascular, metabólica e inmunológica en las personas cuidadoras (Vitaliano et al., 2003). Dada la importancia de tales mecanismos sobre la salud física y psicológica de las personas cuidadoras, esta tesis doctoral aporta a dicha explicación la influencia del modo en que la persona percibe, evalúa y gestiona la situación estresante sobre el estrés que finalmente percibe y, por tanto, sobre su salud.

Sobre el estrés que perciben las abuelas de la generación sándwich actúan diversas variables, ya sea de manera independiente o de forma combinada, que estarían, por tanto, afectando indirectamente a su salud. A continuación se plantean estas variables, diferenciando entre los factores que, presumiblemente, aumentarían el estrés percibido por estas mujeres y, por otro, aquellos que lo disminuirían.

4.1.4.2.1. Factores relacionados con un mayor estrés en las abuelas de la generación sándwich.

Esta tesis ha encontrado diversas variables que aumentan la probabilidad de que las abuelas de la generación sándwich perciban estrés: la cantidad de ayuda económica y/o instrumental que prestan a sus familiares, la existencia de relaciones familiares

conflictivas y el uso de las estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, especialmente la negación y la desconexión, así como el empleo de la estrategia de autoinculpación (independientemente de la tendencia a emplear un tipo de afrontamiento u otro).

En primer lugar, el hecho de que los tres tipos de ayuda aparezcan relacionados, fundamentalmente a través de la ayuda instrumental, sugiere que la ayuda, cuando se produce, con frecuencia no se limita a una sola modalidad, sino que se proporciona, en muchas ocasiones, de manera integral, a través de dos o incluso tres modalidades diferentes a la vez. Esto coincide con los datos encontrados en otros estudios realizados sobre los cuidados familiares informales y, particularmente, en los cuidados multigeneracionales (Parker & Patten, 2013; Revenson et al., 2016; Riley & Bowen, 2005). De hecho, en los resultados de esta tesis doctoral, es precisamente cuando confluye la ayuda instrumental con la ayuda económica y/o afectiva, cuando se produce un mayor efecto sobre el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich.

Sin embargo, y esto es algo que no se esperaba encontrar, la cantidad de ayuda afectiva no se relaciona de forma directa con el nivel de estrés percibido, a pesar del coste de tiempo que esa ayuda pueda suponer. Una razón que puede explicar este hecho, en la línea de lo aportado por el estudio de Morelli, Lee, Arnn y Zaki (2015), es que el apoyo emocional genera efectos positivos sobre el bienestar de sus proveedores. Esos efectos positivos podrían contrarrestar los negativos. Sin embargo, no siempre sucede así. Hay ocasiones en las que ese tipo de ayuda afectiva sí repercute negativamente sobre el estrés percibido de las mujeres estudiadas. En concreto, la ayuda afectiva que proporcionan a sus familiares influye sobre su nivel de estrés cuando se proporciona junto a la ayuda instrumental. Esto podría explicarse por dos motivos que no son mutuamente excluyentes. Por un lado, por el efecto acumulativo en el coste de tiempo y energía cuando concurren ambos tipos de ayuda. Por otro lado, esta confluencia de ayudas personales suelen darse cuando existe una necesidad muy intensa de cuidados y atención. Esto suele suceder

cuando las personas a cuidar tienen un mayor grado de dependencia, bien, en el caso de nietos y/o nietas, porque se encuentran en las primeras etapas de la vida, bien, en el cuidado de ascendientes, porque se encuentran en un avanzado estado de deterioro físico y/o mental. Ambas situaciones de cuidado se asocian a una mayor sobrecarga para las personas cuidadoras. En ese sentido, la relación entre el grado de dependencia de la persona cuidada y la sobrecarga del cuidador está claramente descrita en la literatura científica (e.g., Park, Sung, Kim, Kim, & Lee, 2015).

En segundo lugar, la existencia de relaciones familiares conflictivas también aumenta el estrés percibido por estas mujeres, tal y como cabría esperar según el modelo de Pearlin et al. (1990), aunque en el segundo modelo su influencia haya quedado ensombrecida por el efecto de otras variables.

En tercer lugar, el uso frecuente de la autoinculpación, así como la tendencia a emplear un afrontamiento del estrés de tipo evitativo, en particular de las estrategias desconexión conductual y negación, se relacionan claramente con una mayor percepción de estrés en las abuelas de la generación sándwich estudiadas. En el apartado 4.1.3.1. de la Discusión se ha profundizado sobre las posibles causas e implicaciones del empleo de las estrategias autoinculpación y negación.

Sin embargo, es importante hacer una puntualización con respecto al papel de la estrategia de desconexión conductual en los resultados encontrados en esta tesis doctoral. La desconexión conductual es una estrategia de afrontamiento evitativa basada en la reducción del esfuerzo para tratar con el estresor, incluso cuando supone la renuncia a las metas con las que interfiere el estresor, y ha sido vinculada a depresión y a sentimientos de desesperanza e impotencia en diferentes poblaciones (Burker, Evon, Loiselle, Finkel, & Mill, 2005; Taft, Resick, Panuzio, Vogt, & Mechannic, 2007). En las personas cuidadoras, el uso de esta estrategia ha sido identificado como un factor que media la relación entre la sobrecarga, tanto objetiva como subjetiva y la calidad de vida (Carona,

Silva, Crespo, & Canavarro, 2014). En la presente investigación su uso, sorprendentemente, no se relaciona de forma directa con un mayor estrés, sin embargo, al presentarse de forma combinada con un menor uso de las estrategias aproximativas y con un mayor uso de la estrategia de negación, sí se relaciona de forma clara tanto con un mayor nivel de estrés percibido como con un menor nivel de salud. Estos resultados llevan a pensar que, si bien cierto grado de renuncia a lidiar con las situaciones estresantes derivadas de los cuidados y a las propias metas personales con las que éste interfiere puede ser adaptativo o, al menos, puede no resultar desadaptativo; cuando dicha renuncia ocurre junto con una negación de la situación y una ausencia de otras estrategias de afrontamiento que puedan compensarla, se produce un efecto negativo sobre el estrés y la salud de la persona cuidadora.

4.1.4.2.2. Factores relacionados con menor estrés en las abuelas de la generación sándwich.

Entre los factores que se relacionan con un menor estrés percibido encontramos la edad y diferentes recursos psicológicos y sociales, factores que mejoran, por tanto, indirectamente, la salud de estas mujeres.

En primer lugar, con respecto a la influencia de los recursos psicológicos sobre el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich, encontramos que, salvo las estrategias concretas de afrontamiento negación y autoinculpación, cuyo efecto ha sido tratado con más profundidad en el apartado de la Discusión dedicado a las estrategias de afrontamiento, el resto de los recursos analizados tienen un efecto amortiguador sobre el estrés y, por consiguiente, mejoran la salud física y psicológica de estas mujeres. En concreto, las variables protectoras del estrés son: el empleo de estrategias de afrontamiento de tipo aproximativo, entre las que destacan la aceptación y el uso del apoyo emocional, la tendencia al optimismo y la inteligencia emocional, cuyos efectos han sido discutidos también con más profundidad en el apartado 4.1.3. de la Discusión.

En segundo lugar, la percepción de estas mujeres sobre el apoyo social con el que cuentan también disminuye su propia percepción del estrés. La función protectora de la salud que cumple el apoyo social ha sido constatada sobre todo en relación con las enfermedades cardiovasculares y con diferentes tipos de cáncer (Pinquart & Duberstein, 2010; Smith & Ruiz, 2002). Sin embargo, la evidencia de que el apoyo social reduce la mortalidad, independientemente de los motivos que la causen (enfermedades, accidentes...) confirma que la relación del apoyo social con la salud no es específica de un proceso concreto de enfermedad (Heaney & Israel, 2008; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013).

Se ha hipotetizado que la influencia del apoyo social sobre la salud se produce a través de varias vías. La primera vía, la más evidente, es la que tiene lugar a través de la cobertura de las necesidades psicológicas básicas de relación y pertenencia que las redes sociales y las relaciones interpersonales íntimas propician. Una segunda vía de influencia del apoyo social sobre la salud sería la que tendría lugar a través del aumento de los recursos de la propia persona (ya se trate de recursos de información, acceso a nuevas relaciones, ayuda instrumental, económica, etc.) que se produce a través de las redes sociales y el apoyo social, fenómeno por el cual el apoyo social de un individuo es considerado su capital social. Por último, una tercera vía, aún más indirecta, de influencia del apoyo social sobre la salud es la que tendría lugar cuando las redes de apoyo social se movilizan y organizan, aumentando el empoderamiento de las comunidades en las que se encuentran (Heaney & Israel, 2008).

Por tanto, al igual que la salud física y la salud psicológica, la salud social forma parte de la salud y el bienestar de la persona y se refiere al grado en que sus necesidades sociales (de relación, pertenencia, aceptación y apoyo) están cubiertas dentro de su entorno (Pressman, Kraft, & Bowlin, 2013). En ese sentido, las abuelas de la generación sándwich estudiadas gozan de una buena salud social ya que, en términos generales,

mantienen estrechos contactos familiares, sienten que cuentan con apoyo de su entorno y que, además, haciendo uso de la estrategia de afrontamiento de apoyo emocional, recurren a él con frecuencia aumentando así su percepción de apoyo afectivo. En el polo opuesto, con una escasa salud social, se encontrarían aquellas personas que se no se sienten integradas en ninguna red social, ni con familiares ni con amigos y/o amigas, que no participan en actividades con otras personas y que sienten que no pueden recurrir a nadie en caso de necesitarlo. Y las repercusiones de encontrarse dentro de ese grupo son tremendamente negativas. En una reciente revisión meta-analítica, Holt-Lunstad Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson (2015) confirmaron que la soledad y el aislamiento incrementan el riesgo de mortalidad prematura. Sin necesidad de llegar a tal extremo, no obstante, la soledad también se vincula a ansiedad, depresión, peor funcionamiento cognitivo, peor funcionamiento vascular, hipertensión y alteración del sistema endocrino e inmune. Es decir, las vivencias de soledad provocarían en las personas un abanico de consecuencias fisiológicas y psicológicas a largo plazo muy similares a las que produce la respuesta de estrés continuado en el organismo, sugiriendo la estrecha relación entre ambos procesos (Hawkey & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004).

En el ámbito de los cuidados informales familiares, el efecto amortiguador del apoyo social sobre la salud de las personas cuidadoras a través de la reducción del estrés se encuentra ampliamente documentado (Brand et al., 2016; Freire & Ferradás, 2016; Kikuzawa, 2016). En este contexto, el apoyo social probablemente podría estar jugando un importante papel en el proceso de evaluación del estresor. Es decir, en la medida en que una persona percibe que cuenta con un adecuado apoyo social de su entorno y cree que dicho apoyo la protegerá, una situación potencialmente estresante como es la de los cuidados familiares podría no ser si quiera evaluada como una amenaza para su bienestar (Chiou et al., 2009).

En términos generales, las participantes en el presente estudio perciben que, en caso de necesitarlo, cuentan con un apoyo social adecuado. Sin embargo, eso no significa que, llegado el momento, lo usen. De hecho, las medidas del apoyo social percibido y el recibido, aunque relacionadas, no suelen estar tan correlacionadas como cabría esperar (Ruiz et al., 2013). Una aparente paradoja es el hecho de que, a pesar de que las mujeres suelen tener una red social más amplia y fuerte que los hombres, en general, también piden menos ayuda con las tareas de cuidado que ellos (Revenson et al., 2016).

Ahora bien, en la presente investigación, aún después de haber eliminado los ítems referentes a la disponibilidad de una persona con la que hablar y de quien recibir consejo para evitar posibles redundancias, la percepción del apoyo social disponible aparece altamente relacionada (carga de 0,50) con el uso del apoyo emocional como estrategia de afrontamiento, y ambas aparecen vinculados a una reducción del nivel de estrés percibido. Esta triple asociación confirma que, aunque en otras circunstancias puedan tomar caminos separados, en este colectivo, la disponibilidad y el uso del apoyo social se encuentran íntimamente relacionados y se influyen mutuamente.

Por una parte, la percepción de disponibilidad de apoyo social resulta un requisito para poder hacer un uso efectivo del apoyo emocional que puede brindar la red social de las abuelas de la generación sándwich. Por otra parte, de forma paralela, para el efecto final del apoyo social sobre el estrés, no solo sería suficiente la percepción de la disponibilidad de dicho apoyo, sino también su uso como apoyo emocional. Un estudio de Shirai, Silverberg-Koerner y Baete-Kenyon (como se cita en Silverberg-Koerner et al., 2009), pone de manifiesto cómo el apoyo emocional permite liberar el estrés, obtener reconocimiento positivo y mantener conexiones sociales fuera del contexto de los cuidados. Estos resultados también son congruentes con un trabajo que encontró que todas las cuidadoras identificaban el apoyo social y el emocional como un factor crucial para superar las dificultades (Deist & Greef, 2017).

La diferencia en el estrés percibido por las mujeres estudiadas, por tanto, parece explicarse, más que por la situación estresante en sí, por su capacidad para tolerar las situaciones potencialmente estresantes, por el tipo de afrontamiento que emplean para gestionarlas, por su capacidad de adaptación, por el apoyo social con el que cuentan y por sus expectativas sobre el futuro.

Esto supone que, a través de la reducción del estrés, dichos recursos mejoran la salud de las mujeres estudiadas, tanto a nivel físico como psicológico. Pero también tienen otros efectos beneficiosos sobre el bienestar de las personas cuidadoras. Aunque hayan quedado fuera de los modelos globales de ecuaciones estructurales, también aparecen en esta investigación, asociados significativamente al estrés percibido, la práctica totalidad de los indicadores de bienestar analizados, con la única excepción de la presencia de cardiopatías y trastornos psiquiátricos diagnosticados. De esta forma, una reducción en la cantidad de estrés percibido por estas mujeres, además de una notable mejora en su salud física y psicológica, también implica una mayor satisfacción con su salud y una mejor valoración global de esta, menor presencia de depresión y ansiedad, mejor calidad de vida, mayor satisfacción vital, más felicidad y un menor consumo de medicación hipnótica y ansiolítica. Por ello, el estrés percibido por las abuelas de la generación sándwich se dibuja de forma nítida en la presente tesis doctoral como el elemento central y más determinante de la salud de estas mujeres. Por tanto, en la medida en que estas mujeres tengan la percepción de que disponen de los recursos necesarios para hacer frente a las dificultades que las diversas situaciones de cuidado familiar les plantean, podrán afrontar los problemas sin graves repercusiones para su salud y su bienestar. Por el contrario, si tienen la sensación de que los acontecimientos exceden su capacidad para darles respuesta y sienten que no tienen ningún control sobre las cosas que le suceden, esto repercutirá negativamente en su bienestar, afectando a diversas áreas de su salud.

Uno de los impactos más relevantes que puede tener el estrés sobre el bienestar de esta generación de abuelas, y en general sobre cualquier persona que lo sufra, es una mayor presencia de depresión y/o ansiedad. La depresión, padecida por más de 300 millones de personas, es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2017). Ligada a sentimientos de desesperanza e indefensión, produce un importante sufrimiento personal a quienes la padecen, además de interferir en la vida familiar y causar diversas complicaciones de salud y discapacidad. La ansiedad, por su parte, con más de 260 millones de personas padeciéndola en el mundo, es el segundo tipo de trastorno mental más frecuente. Padecer ansiedad tiene numerosas consecuencias, ya que puede llegar a ser muy limitante a nivel social, laboral y para la vida cotidiana en general.

Por ello no es de extrañar que las consecuencias de un alto nivel de estrés en esta generación de mujeres no se limiten, como se ha puede apreciar, a su salud psicológica o incluso física. También se plasman en su calidad de vida, en su satisfacción vital y en su felicidad.

En referencia a esta variable en concreto, la felicidad, las encuestas realizadas a la población general coinciden en un dato: al ser preguntadas sobre su felicidad, la mayoría de las personas se posicionan en el polo positivo, indicando que son bastante felices o muy felices (Blanchflower & Oswald, 2004), por lo que en ese sentido las abuelas de la generación sándwich no muestran una pauta diferente. Los mismos autores, unos años después (Blanchflower & Oswald, 2011), en una revisión internacional sobre los hallazgos en torno a la felicidad, encontraron que existe un patrón de felicidad bastante similar en diferentes países: la felicidad se encuentra desproporcionadamente distribuida según la edad, de forma que las personas más felices son las jóvenes y las mayores, y las más infelices, las de mediana edad. Según la edad va avanzando, las personas van siendo más conscientes de que disponen de un tiempo limitado para seguir disfrutando de las

cosas buenas de la vida, por lo que valoran más aquello que tienen y, en especial, las relaciones personales que mantienen. Por ello, con la edad, los individuos tienden a vivir más el presente y centrarse en aquellos aspectos positivos, así como a volverse más selectivos en la elección de las actividades y las personas en las que quieren invertir su tiempo, aumentando su interés por las relaciones sociales familiares (Carstensen, 1992; Charles, 2011; Hebblethwaite & Norris, 2010). Esa idea sería coherente con los altos niveles de felicidad encontrados en términos generales en las mujeres de esta investigación (cuya edad media ronda los 60 años), pero también con la alta satisfacción vital encontrada en aquellas mujeres con una doble carga de cuidados, cuyas relaciones familiares se caracterizan, entre otras cosas, por un intenso contacto con ambas generaciones.

En general, los buenos resultados encontrados en el bienestar subjetivo de las mujeres estudiadas y, especialmente, en aquellas que asumen una doble carga de cuidado, pueden ser entendidos desde el concepto de *generatividad* formulado por Erikson (1970, 1986, 2000). La narración que realizan las personas adultas más generativas para dar significado a su propia vida suele incluir cinco características (McAdams, Diamond, de-St-Aubin, & Mansfield, 1997; Zacarés & Serra, 2011): la conciencia de disfrutar de una suerte de ventaja o bendición temprana; la sensibilidad, también temprana, hacia el sufrimiento de otras personas; la presencia de una ideología clara y una firmeza moral a partir de la adolescencia; la articulación de episodios vitales donde el dolor se ha transformado en resultados positivos; y la presencia de futuras metas prosociales. Por tanto, desde esa perspectiva, las personas generativas tendrían la necesidad de ayudar a los demás, por lo que serían más propensas a desarrollar una actitud positiva acerca de la asunción de cuidados.

Esta afirmación ha podido ser contrastada en el ámbito de los cuidados informales a través de un estudio longitudinal llevado a cabo por Peterson (2002), en el que se

comprobó que las mujeres que habían alcanzado unos altos niveles de generatividad a la edad de 43 años, diez años después mostraban altos niveles de inversión en roles intergeneracionales y menos sobrecarga por las tareas de cuidado hacia sus familiares ascendientes. Es posible que las mujeres implicadas en cuidados multigeneracionales, como son las mujeres que asumen una doble carga de cuidados en la muestra estudiada en esta tesis doctoral, se caractericen por una alta generatividad, por lo que estos cuidados le estarían aportando una gran satisfacción. Esta idea sería congruente con las investigaciones que vinculan el desarrollo generativo con la satisfacción en el rol de abuelo y/o abuela (Thiele & Whelan, 2008).

Concretamente, en relación con la felicidad de las personas cuidadoras, se ha descrito que, en comparación con las personas no cuidadoras, pocas horas de cuidado (menos de 6 a la semana) se asocian a una mayor felicidad, mientras un cuidado más intenso (más de 11 horas a la semana) se asocia a menores niveles de felicidad (Van-Campen, De-Boer, & Iedema, 2013). Esto apunta a que el cuidado familiar, cuando no se realiza de manera intensiva, es una fuente de satisfacción y felicidad. En esta tesis doctoral esa diferencia en el bienestar subjetivo entre las mujeres estudiadas que realizan cuidados frecuentes y aquellas que realizan cuidados no frecuentes puede intuirse a raíz de las consecuencias negativas observadas en algunas de estas mujeres, pero no puede establecerse con claridad, ya que la intensidad de la ayuda no aparece vinculada de manera directa con los indicadores de bienestar subjetivo. Seguramente esto se deba a que en la muestra estudiada la ayuda a familiares y, más concretamente, los cuidados familiares, se encuentran muy polarizados siendo, en la inmensa mayoría de los casos, o bien no asumidos o bien asumidos con una gran intensidad (la variable de carga de cuidados de hecho no se establece en horas sino en días a la semana).

En el estudio referido anteriormente, Blanchflower y Oswald (2011) también encontraron que, en todos los países, un alto nivel de educación y de ingresos, así como

el tener un empleo (saludable, según las características indicadas por el estudio), estar casado/a y gozar de buena salud, se asociaba con mayores niveles de bienestar. De nuevo se pone de manifiesto la relevancia del gradiente social en todas las esferas y sobre todo cómo la disponibilidad de recursos (académicos, económicos, sociales...) determina en gran medida el ajuste biopsicosocial final de las personas.

En definitiva, a pesar de la innegable importancia de ciertos factores socioeconómicos, el presente trabajo presenta evidencias de cómo determinados recursos personales y sociales (cuya influencia se ha analizado con profundidad al inicio de este apartado de Discusión), así como ciertos fenómenos ligados al contexto familiar, pueden influir de manera determinante sobre el estrés y la salud de las personas cuidadoras. En el próximo apartado, se analizará con más detalle cómo el contexto familiar puede influir sobre el ajuste biopsicosocial de esta generación de mujeres.

4.1.4.3. La importancia de los conflictos familiares en el ajuste biopsicosocial de las abuelas de la generación sándwich.

A pesar del gran impacto del estrés sobre la salud de las personas cuidadoras, descrito anteriormente, no todas las variables, como puede apreciarse en el modelo final de ecuaciones estructurales expuesto en el estudio 5, ejercen su influencia sobre la salud de las mujeres estudiadas únicamente a través del estrés. Algunas variables, por tanto, tienen un efecto directo sobre la salud de estas mujeres al margen del estrés que estas puedan percibir (como son el cuidado de nietos y/o nietas, el cuidado de ascendientes, su nivel educativo, su inteligencia emocional o su optimismo). Además, existen algunos efectos de influencia mutua e interacción entre algunas variables que suceden también al margen del estrés percibido, como es la relación entre los conflictos familiares y la inteligencia emocional o entre el cuidado de ascendientes y los conflictos familiares. El análisis de dichas relaciones permite profundizar en el proceso de afrontamiento y gestión de la situación de cuidados en esta generación de abuelas y comprender los mecanismos por

los que este finalmente repercute en su salud y bienestar. A pesar de la existencia de varias variables que se relacionan también directamente con la salud sin la mediación del estrés percibido, este apartado se centrará, por su importancia, en la discusión de las relaciones familiares.

El cuidado de nietos y/o nietas que, a priori, no aparece relacionado con un mayor estrés, pero tampoco con una mejor salud física ni psicológica, sí se relaciona con una mejor salud a nivel global, al integrarse su influencia junto con la del resto de variables analizadas, confirmando que en esta población, el cuidado de nietos y/o nietas, lejos de ser una fuente adicional de estrés, puede suponer un factor protector para la salud de estas mujeres (Hughes et al., 2007). Sin embargo, la provisión de cuidados hacia un familiar ascendiente, como se ha comentado anteriormente, sí empeora ligeramente la salud. Esto puede deberse, en parte, a las dificultades y connotaciones específicas del cuidado de ascendientes, analizadas con mayor profundidad en el apartado 4.1.2. de la Discusión, cosa que es congruente con el hecho de que su impacto sobre la salud aumente cuando existen conflictos familiares.

La existencia de relaciones familiares conflictivas y, en concreto, la existencia de relaciones hostiles, caracterizadas por la presencia de desconfianza, críticas y dominación, ha sido sugerida en algunos estudios como un factor predictor de falta de autocuidado, depresión y enfermedades infecciosas. De hecho, su impacto en la salud de las personas cuidadoras se ha llegado a mostrar incluso más determinante que el apoyo social (Heaney & Israel, 2008). En esta investigación, la existencia de conflictos familiares por sí misma también se relaciona con mayor estrés y con peor salud física en las mujeres estudiadas.

En concreto, en esta tesis doctoral, el 20,8% de las mujeres entrevistadas manifiesta la existencia de una relación conflictiva con al menos un familiar directo. Siendo un porcentaje minoritario, se trata de una proporción (1 de cada 5) nada

despreciable. Sin embargo, se encuentra dentro de lo esperable en esta población, ya que diversos estudios señalan cómo la situación de cuidados, tanto hacia ascendientes como hacia descendientes puede repercutir negativamente en el ambiente familiar (Deimling et al., 2001).

Curiosamente, aunque en la línea de los resultados discutidos en el apartado 4.1.2. respecto al efecto protector del cuidado de nietos y/o nietas, en esta investigación los conflictos familiares aparecen asociados al cuidado de familiares ascendientes, pero no al de nietos y/o nietas. Aunque la asunción de cuidados a nietos y nietas no está exenta de conflictos, y son relativamente frecuentes los desacuerdos en torno a las pautas educativas y de crianza, estos datos sugieren que dichos desencuentros no llegan a convertirse en una fuente relevante de conflicto familiar. Es probable que esto suceda porque, aunque existan diferencias entre las distintas pautas educativas y de crianza de los niños y niñas, las abuelas opten de manera mayoritaria por cumplir las expectativas de padres y madres y finalmente se imponga el criterio de no interferencia que se explicó en la Introducción de este trabajo. De manera análoga y complementaria, también puede suceder que padres y madres, ante la evidente ayuda que les supone contar con su familiar para el cuidado de sus hijos y/o hijas, en muchas ocasiones decidan pasar por alto ciertas diferencias y no entrar en enfrentamientos más profundos con sus fuentes de apoyo.

Estos resultados serían coherentes con los que indican que hay una mayor conflictividad familiar en el cuidado de ascendientes que en el cuidado de otros familiares, como es el caso del cónyuge (Kwak, Ingersoll-Dayton, & Kim, 2012). De esta forma, la conflictividad familiar, al igual que otras consecuencias negativas sobre la salud de las personas cuidadoras, queda vinculada de manera especial no a las tareas de cuidado informal, sino en concreto al cuidado de ascendientes. En el ámbito de los cuidados a los ascendientes se han señalado varios motivos de conflictividad familiar entre los más frecuentes, tal y como se expone a continuación.

En primer lugar, una fuente de desacuerdos y conflictos es la que gira en torno a la naturaleza de los cuidados que las personas dependientes necesitan, y a si es más o menos adecuada la forma en la que la persona cuidadora los está proporcionando. Aunque este tipo de conflicto puede ocasionarse con cualquier miembro de la familia, es más frecuente que se origine en sentido horizontal, con hermanos y/o hermanas o bien cuñados y/o cuñadas quienes, en ciertas ocasiones, más que contribuir a las tareas de cuidado que la cuidadora principal está desarrollando, las enjuician y cuestionan (Flores, Rivas, & Seguel, 2012). La intensidad de tales conflictos puede llegar a ser tan elevada que algunas personas cuidadoras lo señalan como su principal fuente de estrés, por encima del estrés generado por las tareas en sí de cuidados (Leow & Chan, 2017).

En segundo lugar, otro motivo habitual de conflicto surge ante discrepancias en cuanto al grado de implicación de otros familiares en dichos cuidados. No es infrecuente que la persona que asume el cuidado principal manifieste que otros familiares, normalmente hermanos y/o hermanas, aunque a veces también se extiende a las cuñadas, no se están implicando en los cuidados, o lo hacen de manera insuficiente o intermitente (Kwak et al., 2012; Lashewicz, 2009).

En tercer lugar, más que por la falta de ayuda en sí, la conflictividad familiar se origina a veces por la percepción de falta de reconocimiento por las tareas de cuidados desempeñadas que siente la persona cuidadora por parte de otros miembros de su familia, siendo ese el aspecto señalado con el más duro de sobrellevar (Fernández-Lao, Silvano-Arranz, & Pino-Berenguer, 2013). En los casos en los que además existe algún tipo de recompensa material (residir en la vivienda de la persona cuidada, poder tener acceso a su pensión o algún tipo de contrapartida económica), el reconocimiento por la labor de la persona cuidadora es aún menor, al entender la familia que con esa compensación se justifica el sacrificio de la persona cuidadora.

En cuarto lugar, otra fuente de conflictos, muy estudiada en la literatura científica por su repercusión sobre la salud de la persona cuidadora, es la relación con la propia persona cuidada (Lin et al., 2012). Cuando la relación entre persona cuidadora y ascendiente a cuidar no es de intimidad, aumenta la probabilidad de que la hija, o, más raramente, el hijo, desarrolle depresión (Brenna & Di-Novati, 2016).

En quinto lugar, no toda la conflictividad familiar en torno al cuidado de los ascendientes tiene lugar con la familia de origen, ya que otro motivo de tensiones familiares se manifiesta en el entorno de la familia nuclear de la persona cuidadora, en especial con la pareja, aunque a veces también se extiende a los hijos y las hijas. En este caso la conflictividad se origina ante la percepción y las quejas por parte de estos familiares de que la dedicación hacia el ascendiente o los ascendientes en cuestión se realiza a costa de una falta de dedicación y atención hacia su familia nuclear (Pearlin et al., 1990). En estas situaciones es donde el conflicto de rol que con frecuencia aparece en las mujeres cuidadoras se manifiesta de forma más intensa. El cuidado a ascendientes con frecuencia coloca a los hijos, pero sobre todo a las hijas, en la disyuntiva de atender su responsabilidad hacia su padre/madre o atender a sus propias carreras y/o familias. Dicho dilema suele resolverse, o lo que es peor, mantenerse irresuelto, a costa de una merma en la salud mental de las personas cuidadoras (Coe & Van-Houtven, 2009).

Además de esta influencia directa sobre la salud de las abuelas de la generación sándwich, en esta tesis doctoral se encuentra que los conflictos familiares impactan también sobre esta de forma indirecta, a través de su influencia sobre la inteligencia emocional. La relación inversa encontrada entre la existencia de conflictos familiares e inteligencia emocional puede estar actuando en un doble sentido. Por un lado, una alta inteligencia emocional en los dominios de flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos estaría repercutiendo en una mejor gestión de los conflictos familiares que pueden generarse en el contexto de los cuidados. De forma complementaria, la existencia

de conflictos familiares, derivados o no de la situación de cuidados, puede mermar la capacidad de gestionar otras situaciones emocionalmente demandantes (Silverberg-Koerner et al., 2009), repercutiendo en una menor flexibilidad, tolerancia al estrés o control de los impulsos y, por ende, en una peor salud de las mujeres cuidadoras. De hecho, algunos hijos e hijas no llegan nunca a implicarse en el cuidado de sus padres y/o madres debido a la presencia de conflictos familiares previos (Lashewicz & Keating, 2009).

4.2. Alcance de la investigación.

Para mayor claridad, el alcance de esta investigación se ha dividido en cuatro apartados. En el primer apartado se indicarán sus principales limitaciones, así como también se señalarán sus fortalezas. En el segundo apartado, en base a los resultados encontrados y a las limitaciones del presente estudio, se sugerirán posibles líneas de investigación futura. En el tercero, se señalarán sus principales aportaciones al conocimiento científico y al campo aplicado de la intervención psicosocial. Por último, se expondrán las principales conclusiones de la investigación.

4.2.1. Limitaciones y fortalezas de la investigación.

En primer lugar, en relación con el diseño de la investigación, hay que recalcar que este estudio cuenta con la limitación de estar basado en un muestreo no probabilístico y con las limitaciones que suponen en la significatividad estadística los estudios con un tamaño muestral bajo, sobre todo para poder realizar las comparaciones entre diferentes grupos.

En segundo lugar, otra limitación referente a su diseño es que la presente investigación se basa en un análisis transversal descriptivo, por lo que la dirección de la causalidad en las relaciones encontradas puede inferirse únicamente en base a criterios lógicos y teóricos. Sin embargo, dicha direccionalidad no puede confirmarse desde un punto de vista empírico.

En tercer lugar, otra limitación que podría presentar esta tesis doctoral es el uso exclusivo de una metodología cuantitativa para el análisis de los datos. Esto supone que, aunque sus resultados proporcionan datos objetivos y cuantificados, más fácilmente extrapolables a la población objeto de estudio en términos de validez externa, también profundizan menos en la naturaleza de los mecanismos que describen.

En cuarto lugar y en referencia a las variables estudiadas, una de sus mayores limitaciones es incluir en el análisis de la inteligencia emocional solo tres de sus dominios. Aunque otros dominios de la inteligencia emocional han sido cubiertos mediante la evaluación de otras variables específicas (como el optimismo, el apoyo social o la felicidad), el no emplear todas las dimensiones de la inteligencia emocional se podría estar subestimando el verdadero efecto de esta variable, que quizás sí podría apreciarse si se evaluase en su conjunto.

En quinto lugar, a pesar de encontrarse relaciones significativas entre los niveles de ayuda, el cuidado diferencial a ascendientes y/o a nietos y nietas, los recursos psicológicos y sociales, el estrés percibido y la salud física y psicológica, muchas de las cargas estimadas por los modelos de ecuaciones estructurales son de baja intensidad. El nivel de carga producto de la ayuda y los cuidados proporcionados, así como el nivel de carga de los recursos psicológicos y sociales analizados, son únicamente una parte de la realidad compleja que causa el nivel de estrés de estas personas, siendo necesaria la acumulación de más evidencias empíricas que expliquen otros factores involucrados en el desarrollo del estrés y la salud de las mujeres estudiadas.

A continuación, y aun siendo conscientes de las evidentes limitaciones indicadas, parece adecuado resaltar algunas de las fortalezas con las que cuenta la presente investigación.

En primer lugar, esta tesis doctoral aborda una temática actual, aportando datos relevantes a la discusión en torno a los cuidados familiares y sus efectos en las mujeres

de una generación que, pese a ser cada vez más numerosa, ha sido muy poco estudiada hasta la fecha.

En segundo lugar, frente a la mayor parte de las investigaciones sobre el impacto del cuidado, centradas en los efectos del cuidado sobre un familiar concreto o en torno a una determinada enfermedad o patología, este estudio analiza los efectos del cuidado sobre el ajuste de las mujeres cuidadoras desde una perspectiva global y multigeneracional.

En tercer lugar, la mayoría de los estudios que abordan los efectos diferenciales del cuidado en base al parentesco con la persona ayudada suelen centrarse en comparar el cuidado a los progenitores con el cuidado al cónyuge (Shin & Han, 2011), y/o con respecto al cuidado de suegros y/o suegras (Pinquart & Sörensen, 2011; Strauss, 2013). Sin embargo, son pocas las investigaciones que contrastan los efectos del cuidado de los ascendientes con respecto a los del cuidado de nietos y nietas, puesto que esta última variante tiende a estudiarse de forma aislada, es decir, sin tener en cuenta si esas abuelas tienen a su vez carga con respecto a su generación anterior (padres/madres, suegros/as).

En cuarto lugar, aunque el efecto de la mayoría de estos factores sobre el estrés y la salud de las mujeres cuidadoras ya había sido descrito en investigaciones previas, el presente trabajo integra la acción conjunta de sendas variables. Se tienen en cuenta características asociadas a la persona cuidadora, así como el parentesco con la persona o personas cuidadas, distinguiendo entre el cuidado a nietos/as y el cuidado a ascendientes y las relaciones personales de la persona cuidadora. Además, entre las variables analizadas, se han incluido factores menos estudiados en este colectivo, como son la inteligencia emocional o el optimismo. Ello se hace, además, desde un enfoque multivariante, y se analiza mediante varios modelos de ecuaciones estructurales.

En quinto lugar, teniendo en cuenta las características de la muestra estudiada en esta investigación y la metodología de recogida de datos, se ha hecho el esfuerzo por realizar este estudio con una muestra relativamente amplia.

4.2.2. Implicaciones para la investigación y futuras líneas de análisis

Para futuras investigaciones sería deseable poder realizar estudios con muestreos probabilísticos, que profundicen en los factores moduladores detectados e incorporen el estudio de otros, como la satisfacción familiar, el sentido de coherencia o la construcción de significado por parte de la persona cuidadora.

También sería oportuno en futuras investigaciones poder realizar este estudio con una muestra mayor, para así comprobar si aumenta la magnitud de las correlaciones estudiadas. Lo ideal sería poder utilizar un diseño de investigación longitudinal, para así tratar de conocer cómo afecta el tiempo de mantenimiento de esta situación de doble carga en la salud física y psicológica de las mujeres objeto de estudio.

Además, resultaría muy enriquecedor llevar a cabo estudios donde se examine mediante una metodología cualitativa el proceso de búsqueda de significado y de elaboración de narrativas en torno a las tareas de cuidado y a su impacto en la vida de las abuelas de la generación sándwich.

Otra línea de investigación futura sería aquella que pudiese completar los resultados encontrados en esta investigación incluyendo en la muestra también a hombres cuidadores. De esta forma se podrían apreciar posibles efectos diferenciales de los cuidados en base al género de la persona cuidadora.

De forma complementaria, para poder tener una visión completa de todas las aristas del problema, podrían diseñarse estudios que tuvieran en cuenta el impacto de los cuidados no solo sobre la persona cuidadora, sino también sobre el conjunto de su familia. Eso implicaría incluir variables personales del resto de los miembros de la familia y

realizar entrevistas a miembros de las cuatro generaciones implicadas, para así poder relacionar e integrar los resultados encontrados de manera global.

Por último, a pesar de que en la recogida de datos se registran las edades de la generación de ascendientes y descendientes, por razones de espacio no se ha podido profundizar en las posibles influencias evolutivas de estas generaciones. Para futuras investigaciones se recomienda realizar este análisis evolutivo, especialmente en el caso de la edad de los nietos y nietas.

4.2.3. Principales implicaciones para la intervención

La labor de cuidado desempeñada de manera cotidiana y habitual por las abuelas de la generación sándwich en el ámbito familiar, con frecuencia con consecuencias directas negativas sobre las vidas de estas mujeres (tal y como se ha puesto de manifiesto en la presente investigación) corre el riesgo de permanecer invisible ante la sociedad, al pertenecer al ámbito de lo doméstico, como señalan Salido y Moreno (2007). Por ello, la primera implicación para la intervención de este trabajo ha de ser la necesidad de dar valor a esa labor de asistencia y cuidados que esta generación de mujeres está llevando a cabo, muchas veces sin el debido y necesario reconocimiento, no ya por parte de su familia, sino también, y especialmente, por parte del conjunto de la sociedad.

En consecuencia, una implicación práctica relevante de esta tesis doctoral es la necesidad de llevar a cabo iniciativas que den visibilidad a la situación de las personas cuidadoras en general y, en particular, a la realidad cotidiana que están viviendo la inmensa mayoría de las abuelas de la generación sándwich. En este sentido, es importante poner el foco en el incalculable valor que tiene la labor de cuidado para la sociedad, más allá del evidente ahorro económico que supone para el Estado, por el reparto desigual y el sesgo de género que existe en la asunción de cuidados informales dentro del ámbito familiar.

Por otro lado, los resultados encontrados en esta tesis doctoral en cuanto al papel preponderante del estrés percibido como factor mediador entre la situación de cuidado y la salud de las mujeres estudiadas sugieren la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a disminuir el estrés en las abuelas de la generación sándwich. Por ello, sería conveniente potenciar mediante programas psicoeducativos aquellas variables que han mostrado reducir el estrés en esta población (como determinadas estrategias de afrontamiento, la inteligencia emocional, el optimismo o el apoyo social) y tratar de controlar aquellas que lo aumentan (como determinadas estrategias de afrontamiento o los conflictos familiares).

En concreto, el estudio global de la relación del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento con el nivel de salud de estas mujeres, apoya la pertinencia de desarrollar programas psicoeducativos en este colectivo dirigidos a promocionar el uso de estrategias de afrontamiento aproximativas y a disminuir actitudes de evitación de la realidad referente a los cuidados. Entre las estrategias de afrontamiento a potenciar destacarían la aceptación de la realidad y el apoyo emocional, por su papel esencial en el proceso de adaptación a la situación de cuidados y su influencia directa en la disminución del estrés percibido.

Asimismo, conviene que estos programas entrenen la reestructuración cognitiva para fomentar las estrategias de afrontamiento del estrés basadas en la reinterpretación positiva y el uso del humor. Estas estrategias, junto con el optimismo, resultan especialmente útiles para afrontar las situaciones de cuidados con expectativas positivas y esperanza, y a evaluarlas más como un reto que como una amenaza.

Entre otras estrategias de afrontamiento a potenciar en estos programas, no puede faltar la inclusión de formación específica en torno a herramientas concretas de planificación del tiempo para la organización de las tareas de cuidado. En el caso de los cuidados hacia ascendientes, para realizar una buena planificación de las tareas de

cuidado sería importante proporcionar formación específica en torno a la enfermedad de la persona a cuidar y orientaciones concretas para afrontar situaciones difíciles, habitualmente asociados a problemas de conducta, que puedan plantearse durante su cuidado. En la medida en la que estas mujeres puedan emplear de forma efectiva la planificación como estrategia de afrontamiento, además de contribuir a la disminución de la sobrecarga por las tareas de cuidado, podrán adquirir también una mayor sensación de control, elemento clave en la evaluación del grado de amenaza de los estresores y de los recursos para hacerles frente y, por tanto, en su percepción del estrés.

En cambio, entre las estrategias de afrontamiento a desincentivar en las mujeres estudiadas se encontrarían la negación de la realidad, la desconexión conductual y el desahogo como forma de no afrontar los problemas, así como la autoinculpación, especialmente la de tipo caracterológico que, además de conllevar sufrimiento para la persona que la lleva a cabo, se relaciona también con un menor control de los impulsos y con una menor de sensación de control. En definitiva, un factor que habrían de contemplar de manera transversal los programas de intervención destinados a abuelas de la generación sándwich que ejercen cuidados hacia varias generaciones es el fomento de la sensación de control en estas mujeres.

Por otra parte, los resultados de esta tesis doctoral avalan la necesidad de incluir entre sus contenidos la promoción de la inteligencia emocional en este colectivo, especialmente, aquella dirigida a mejorar la adaptación a los cambios y a aumentar la tolerancia ante situaciones potencialmente estresantes que pudieran derivarse de la situación de cuidados en el entorno familiar. Para ello, sería útil incluir técnicas cognitivas y conductuales que promuevan la reflexión acerca de la percepción de las situaciones estresantes y de la propia respuesta ante ellas, así como de las consecuencias probables de dicha respuesta y de posibles respuestas alternativas.

Pese a que la inteligencia emocional ha sido descrita y evaluada en la presente investigación con un fuerte componente caracterológico, también la inteligencia emocional como rasgo de personalidad ha mostrado ser modificable a través de intervenciones de tipo psicológico (Lovell, & Wetherell, 2016). Además, su fomento en programas de intervención en personas cuidadoras ha logrado mejorar su ajuste psicológico (Brackett & Katulak, 2006). Estos hallazgos, además de la estrecha relación encontrada en la presente tesis doctoral entre la tolerancia al estrés y otros recursos psicológicos relevantes para este colectivo, como el afrontamiento del estrés de tipo aproximativo o la tendencia al optimismo; sugieren que resultaría muy pertinente la inclusión de la promoción de la inteligencia emocional en los programas de intervención psicosocial dirigidos a las abuelas multicuidadoras de la generación sándwich.

Además, a la luz de los resultados arrojados por esta tesis doctoral, sería muy beneficioso que dichos programas incluyeran el fomento de la percepción de autoeficacia en las tareas de cuidado y una actitud optimista general en estas mujeres. De esta forma, se favorecería en estas personas la generación de expectativas positivas, la evaluación de las dificultades como retos potencialmente superables y la persistencia en la consecución de sus metas y objetivos.

Otra cuestión fundamental que se deriva de esta tesis doctoral es la importancia de las relaciones familiares en el contexto de las abuelas de la generación sándwich que ejercen cuidados hacia varias generaciones, no solo por la repercusión de la conflictividad familiar en el ajuste biopsicosocial de estas mujeres, sino también por los efectos positivos que genera la percepción de apoyo social y el uso del apoyo emocional en este colectivo. Dada además la importancia de la redefinición de los roles familiares que se produce ante una situación de cuidados, la potenciación y mejora de las relaciones familiares es un objetivo que no puede ser ajeno a los programas de intervención psicosocial en este colectivo. Por ello, las intervenciones familiares deberían ir dirigidas

a promover el reconocimiento y la valoración de las tareas de cuidado que las abuelas multicuidadoras están llevando a cabo, haciendo especial énfasis en la importancia de respetar la planificación y organización del tiempo que hacen las personas cuidadoras y de mostrar disponibilidad y receptividad para atender sus solicitudes de ayuda. Igualmente, en la medida de lo posible y de manera consensuada, estas intervenciones no pueden olvidar un objetivo fundamental: equilibrar los roles de cuidado dentro de la familia, por lo que también habrán de ir dirigidos a aumentar la implicación directa o indirecta del resto de miembros de la familia en las tareas de cuidado. Desde el enfoque de resiliencia, estimular la colaboración entre los distintos miembros de la familia y reforzar la idea de que si obran en conjunto los miembros de la familia pueden afrontar de manera exitosa las dificultades aparentemente abrumadoras, permite aumentar la confianza en la familia, lo que a su vez generará nuevos sentimientos de autoeficacia (Villalba, 2006).

De forma complementaria, sería conveniente incluir en los programas psicoeducativos objetivos que estén dirigidos a aumentar la asertividad de las cuidadoras, de forma que pudieran, por un lado, poseer habilidades sociales para negarse ante requerimientos excesivos de cuidados y formular peticiones de ayuda a sus familiares, antes de llegar a situaciones de sobrecarga y, por otro lado, actuar de manera más templada y regulada en situaciones difíciles, evitando reaccionar de forma impulsiva, lo que también contribuiría a disminuir posteriores pensamientos de autocrítica y sentimientos de culpabilidad.

Además, esta investigación también pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta determinadas variables sociodemográficas, como es el nivel educativo o el tipo de hábitat a la hora de diseñar dichos programas. Por ello, sería conveniente reforzar la formación específica en torno a las situaciones de cuidado en aquellos colectivos de mujeres con menos acceso a la educación, adaptándola a sus necesidades y demandas, así

como dar cobertura especial a las zonas rurales, reforzando en este caso los contenidos relacionados con la inteligencia emocional.

Sin embargo, más allá del desarrollo de iniciativas de sensibilización para el conjunto de la población y de programas de intervención dirigidos a este colectivo en particular, es necesario también recalcar la responsabilidad de los estamentos públicos en esta cuestión. Es importante que el Estado fomente el desarrollo de políticas públicas que promuevan los servicios de cuidados en torno a la infancia y a la dependencia como la mejor forma de lograr una conciliación familiar real y un reparto de roles justo e igualitario entre hombres y mujeres.

En la medida en que se creen servicios públicos que garanticen la atención a la infancia y a la dependencia, la decisión de asumir los cuidados en el seno de la familia podrá realizarse de manera libre. De esta forma, llevar a cabo esta tarea desde la propia elección personal podrá resultar más enriquecedor para la persona y las familias que opten por dicha opción, por lo que la sociedad podrá dar respuesta a la necesidad de cuidado de sus miembros más frágiles sin menoscabar el bienestar de otros o, en este caso, de otras, y será una sociedad no solo más justa, sino también más ética y solidaria.

4.2.4. Conclusiones

Los resultados de esta tesis doctoral arrojan una conclusión clara sobre la que se sustenta el resto de la investigación: las mujeres que se encuentran entre dos generaciones de descendientes y una de ascendientes, tal y como era de esperar, están ayudando y cuidando mayoritariamente y de manera continuada a sus familiares, ya sea a la generación anterior a ellas, hacia sus nietos y nietas o, en la situación más habitual, hacia ambas generaciones simultáneamente.

Aunque la mayor parte de las abuelas de la generación sándwich estudiadas muestran unos adecuados niveles de ajuste biopsicosocial, confirmando la fortaleza y resiliencia de este colectivo, conviene no pasar por alto que cerca de la mitad de estas

mujeres (44,02%) perciben incidencias negativas de esta situación en sus vidas; ya sea a nivel económico, laboral, personal, familiar y/o social. Este dato adquiere especial relevancia al confirmarse que aquellas mujeres que manifiestan la existencia de tales incidencias muestran de manera clara y significativa un mayor nivel de estrés y una peor salud. Por tanto, la asunción de cuidados no resulta tan inocua para el ajuste biopsicosocial de estas mujeres como podría parecer si solo se analizan los resultados superficialmente.

Sin embargo, al establecer una clasificación de estas abuelas en función de los cuidados habituales asumidos hacia sus familiares, se ha podido comprobar que la doble carga de cuidados sorprendentemente no se relaciona con peores índices de estrés o salud. En cambio, este grupo de abuelas de la generación sándwich que ejercen cuidados hacia las dos generaciones muestran, en líneas generales, unos indicadores de bienestar similares a aquellas mujeres que cuidan habitualmente solo a sus nietos y/o nietas. Y, en el otro extremo, aquellas abuelas que ejercen cuidados continuos solo hacia sus ascendientes son las que muestran peor salud psicológica, un mayor nivel de depresión, menor calidad de vida y satisfacción vital. Estas diferencias entre los grupos además se acentúan cuando las mujeres estudiadas tienen la percepción de que los cuidados asumidos están generando algún tipo de incidencia negativa sobre sus vidas, extendiéndose también a la felicidad y al consumo de medicación hipnótica y ansiolítica.

Otro contraste que puede observarse en torno a las diferencias entre el cuidado hacia ascendientes y el cuidado hacia nietos y/o nietas es que el primero se relaciona con una mayor conflictividad familiar, pero no así el de nietos y/o nietas. Los resultados de esta investigación confirman, por tanto, que el cuidado hacia nietos y/o nietas, lejos de suponer una carga extra, puede aportar beneficios para la salud en aquellas mujeres que ya están asumiendo cuidados hacia familiares ascendientes.

Con respecto a los recursos psicológicos analizados, los resultados de la presente investigación indican que las abuelas de la generación sándwich tienden a emplear un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo, a manejar adecuadamente sus emociones a través de una adecuada inteligencia emocional y a ser optimistas; lo cual a su vez se relaciona con unos adecuados niveles de salud. Sin embargo, hay un grupo de mujeres que muestra un afrontamiento del estrés de tipo evitativo, a la vez que presentan peores puntuaciones en inteligencia emocional, menor optimismo y peores índices de salud.

En base a los diferentes análisis de datos realizados sobre las estrategias de afrontamiento ante el estrés que utilizan las mujeres estudiadas, se evidencian varios hechos que son importantes en la transferencia de esta investigación a la intervención. En este sentido, esta investigación sobre las abuelas de la generación sándwich evidencia que los sentimientos de culpa son relativamente frecuentes y aparecen independientemente del tipo de estrategias que caractericen su afrontamiento del estrés. Al mismo tiempo, diferentes estrategias de afrontamiento se muestran claves para estas mujeres, como sucede con la aceptación de la situación y la búsqueda del apoyo emocional, por su papel esencial en el proceso de adaptación a la situación de cuidados y por su influencia directa en la disminución del estrés percibido. Asimismo, los resultados encontrados en esta tesis doctoral confirman la relevancia de la planificación del tiempo dedicado a las tareas de cuidado por parte de las personas cuidadoras.

Por su parte, una mayor inteligencia emocional en las abuelas de la generación sándwich ha aparecido especialmente vinculada tanto a una menor ansiedad como a una mayor felicidad en estas mujeres. En concreto, la tolerancia al estrés, dentro de la inteligencia emocional, ha mostrado tener una especial relevancia no solo en la percepción del estrés, sino también en la salud de estas mujeres, aumentando su salud psicológica y su bienestar subjetivo, y mostrando menor consumo de medicación hipnótica y ansiolítica.

El optimismo se ha dibujado como una variable clave a la hora de explicar las variaciones en el bienestar de esta población, afectando no solo al bienestar subjetivo y a la salud psicológica de estas mujeres sino también a su salud física.

Por otro lado, al relacionar los tipos de ayuda que prestan las mujeres estudiadas con sus niveles de salud física y psicológica, se encuentra que dicha relación está mediada por su percepción del estrés, y este, a su vez, se ve influido por un uso alto de las estrategias de afrontamiento relacionadas con el uso del apoyo emocional y la aceptación, así como menor uso de las estrategias de negación y autoinculpación (especialmente de tipo caracterológico, es decir, asociado a la personalidad).

Asimismo, esta investigación confirma la relevancia del apoyo social particularmente en esta población y el riesgo extra que supondría para el ajuste biopsicosocial de las mujeres estudiadas la ausencia de personas a las que recurrir en busca de apoyo y ayuda, así como, en el caso de las cuidadoras solo de familiares ascendientes, la existencia de relaciones conflictivas en el seno de la familia.

La diferencia en el estrés percibido por las mujeres estudiadas, por tanto, parece explicarse, más que por la situación estresante en sí, por su capacidad para tolerar las situaciones potencialmente estresantes, por el tipo de afrontamiento que emplean para gestionarlas, por su capacidad de adaptación, por el apoyo social con el que cuentan y por sus expectativas sobre el futuro. Porque, si bien la asunción de cuidados puede suponer, bajo ciertas circunstancias, un mayor estrés y un detrimento de la salud de las abuelas de la generación sándwich, también, bajo otras circunstancias, entre las que destaca un afrontamiento del estrés de tipo aproximativo, una adecuada inteligencia emocional, una tendencia al optimismo y suficiente apoyo social, puede ser una fuente de bienestar y felicidad.

Referencias bibliográficas

- Aassve, A., Meroni, E., & Pronzato, C. (2012). Grandparenting and childbearing in the extended family. *European Journal of Population*, 28(4), 499-518.
- Abellán, A., Pérez, J. Ayala, A., Pujol, R., & Sundström, G. (2017). Dependencia y cuidados. En A. Blanco, A. chueca, & J. A. López-Ruíz, *Informe España 2017* (pp. 169-233). Recuperado de <http://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2017/11/05-C3-Dependencia.pdf>
- Abellán-García, A., Ayala-García, A., Pérez-Díaz, J., & Pujol-Rodríguez, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en red nº 17. Madrid, España: Centro Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Abellán-García, A., Ayala-García, A., & Pujol-Rodríguez, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en red nº 15. Madrid, España: Centro Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abellán-García, A. & Pujol-Rodríguez, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en Red nº 10. Madrid, España: Centro Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>

- Abellán, A., Puga, M. D., & Pujol, R. (2015). Las personas mayores y el desafío intergeneracional. En A. Blanco, A. Chueca, & G. Bombardieri, *Informe España 2015: una interpretación de su realidad social* (pp. 57-88). Madrid: Fundación Encuentro. Recuperado de http://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2016/12/Informe_Espana_2015.pdf
- Abramson, T. A. (2015). Older Adults: The "Panini Sandwich" Generation. *Clinical Gerontologist*, 38, 251-257. doi:10.1080/07317115.2015.1032466
- Acton, G. J. (2002). Health-promoting self-care in family caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(1), 73-86. doi: 10.1177/01939450222045716
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19(6), 586-592. doi: 10.1037/0278-6133.19.6.586
- Adler, N. E. & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123. doi: 10.1111/1467-8721.01245
- Agree, E. M. & Glaser, K. (2009). Demography of informal caregiving. En P. Uhlenberg, (Ed.), *International handbook of population Aging* (pp. 647-668). Dordrecht, Netherlands: Springer Science & Business Media. doi: 10.1007/978-1-4020-8356-3_29
- Ahrons, C. R. (2007). Family ties after divorce: Long-term implications for children. *Family Process*, 46(1), 53-65. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00191.x
- Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007) Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17, 319–334. doi: 10.1177/0958928707081068

- Aldwin, C. & Yancura, L. (2010). Effects of stress on health and aging: Two paradoxes. *California Agriculture*, 64(4), 183-188. doi: 10.3733/ca.v064n04p183
- Alonso-Formento, E., Saz-Muñoz, P., Lobo-Satué, A., Ventura-Faci, T., De-la-cámara-Izquierdo, C., & Marcos-Aragüés, G. (2010). Relación entre el consumo de ansiolíticos y antidepresivos y la sintomatología psiquiátrica en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(1), 10-14. doi: 10.1016/j.regg.2009.09.003
- Alpert, J. M. & Womble, F. E. (2015). Coping as a caregiver for an elderly family Member. *Health Communication*, 30(7), 714-721. doi: 10.1080/10410236.2013.87956
- Álvarez, E. C., Sánchez, F. R., & Lucena, M. A. H. (2013). Análisis histórico-legislativo de la organización de la escuela rural española en el período 1857-2012. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 31(1), 147-179.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62, 1269–1287. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x
- American Psychological Association. (2014). *Family caregivers' needs are often invisible*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/invisible-needs.aspx>.
- American Psychological Association Task Force on Socioeconomic Status. (2007). *Report of the APA task force on socioeconomic status*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Anttonen, A. & Zechner, M. (2011). Theorizing care and care work. En B. Pfau-Effinger & T. Rostgaard (Eds.), *Care between work and welfare in European societies* (pp. 15-34). London, England: Palgrave Macmillan. doi: 10.1057/9780230307612

- Arber, S. & Timonen, V. (2012). Grandparenting in the 21st century: new directions. En S. Arber & V. Timonen (Eds.), *Contemporary Grandparenting: Changing family relationships in global contexts* (pp. 247-264). Bristol: The Policy Press.
- Arias-Sánchez, S., Saavedra-Macías, F. J., & Avilés-Carvajal, I. A. (2017). El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: Una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. *Psicoperspectivas*, 16(1), 42-54. doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol15-issue3-full-796
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España (2017). *XVIII dictamen del observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Attias-Donfut, C. (2001). The dynamics of elderly support. The transmission of solidarity patterns between generations. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(1), 9-15. doi: 10.1007/s003910170085
- Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F. C. (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing*, 2(3), 161-173. doi: 10.1007/s10433-005-0008-7
- Attias-Donfut, C. & Wolff, F. C. (2000). The redistributive effects of generational transfers. En S. Arber & C. Attias-Donfut (Eds.), *The myth of generational conflict: The family and state in ageing societies* (pp. 22-46). New York: Routledge.
- Austenfeld, J. L. & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1364. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00299.x

- Badenes, N. & López, M. T. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria [Revista de servicios sociales]*, 49, 107-125.
- Baker, L. A. & Silverstein, M. (2008). Depressive symptoms among grandparents raising grandchildren: The impact of participation in multiple roles. *Journal of Intergenerational Relationships*, 6(3), 285-304. doi: 10.1080/15350770802157802
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barer, B.M. (2001). The “grands and greats” of very old black grandmothers. *Journal of Aging Studies*, 15, 1-11. doi: 10.1016/S0890-4065(00)00013-X
- Bar-On, R. (1997). *The Bar-On emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and Social Intelligence. Insights from the emotional quotient inventory. En R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363-388). San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Supl. 1), 13-25.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden -A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005
- Baumann, M., Couffignal, S., Le Bihan, E., & Chau, N. (2012). Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory

- function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurology*, 12(1), 105-116. doi: 10.1186/1471-2377-12-105
- Baumann, L. C. & Karel, A. (2013). Adrenal Glands. En M. D. Gellman, J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 496-1915). New York, USA: Springer.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and Aging*, 15(2), 259-271. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.259
- Becker, G. S. (1974). A theory of social interactions. *Journal of Political Economy*, 82, 1063-1093. doi: 10.1086/260265
- Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 135-143. doi: 10.1016/S0883-9417(03)00057-8
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, R. (1996). Validez y habilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16. doi: 10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x
- Bengtson, V., Giarrusso, R., Mabry, J. B., & Silverstein, M. (2002). Solidarity, conflict, and ambivalence: Complementary or competing perspectives on intergenerational relationships?. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 568-576.

- Bengtson, V., Lowenstein, A., Putney, N. M., & Gans, D. (2003). Global aging and the challenge to families. En V. Bengton & A. Lowenstein (Eds), *Global aging and challenges to families* (pp. 1-24). New York, USA: Aldine de Gruyter.
- Bengtson, V. L. & Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870. doi: 10.2307/352993
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C., & Burton, L. 1990. Families and Aging: Diversity and Heterogeneity. En R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 263-287). San Diego, USA: Academic Press.
- Birditt, K. S. & Wardjiman, E. (2012). Intergenerational Relationships and Aging. En K. Whitebourne, & M. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 399-415). doi:10.1002/9781118392966.ch20
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. London, England: Department of Health and Social Security.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88(7-8), 1359-1386. doi: 10.1016/S0047-2727(02)00168-8
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2011). International happiness: A new view on the measure of performance. *The Academy of Management Perspectives*, 25(1), 6-22.
- Blau, P. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York, USA: Wiley.
- Boeninger, D. K., Shiraishi, R. W., Aldwin, C. M., & Spiro, A. (2009). Why do older men report lower stress ratings? Findings from the Normative Aging Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(2), 149-170. doi:10.2190/AG.68.2.c

- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M., & Paldal, I. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Brackett, M. A. & Katulak, N. A. (2006). Emotional intelligence in the classroom: skill-based training for teachers and students. En J. Ciarrochi, & J. D. Mayer (Eds.), *Applying emotional intelligence: a practitioner's guide* (pp. 1-27). New York, US: Psychology Press.
- Brand, C., Barry, L., & Gallagher, S. (2016). Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. *Journal of Health Psychology, 21*(6), 1126-1136. <https://doi.org/10.1177/1359105314547244>
- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational help and care in Europe. *European Sociological Review, 25*(5), 585-601. doi: 10.1093/esr/jcn076
- Brenna, E. & Di-Novi, C. (2016). Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient. *Review of Economics of the Household, 1*-34. doi: 10.1007/s11150-015-9296-7
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F.V., & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*, 709-723.
- Brodsky, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(5), 657-664. doi: 10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x
- Brown, E. (2007). Care recipients' psychological well-being: the role of sense of control and caregiver type. *Aging and Mental Health, 11*(4), 405-414. doi: 10.1080/13607860600963570
- Burgess, E. W. (1960). Aging in western culture. En E. W. Burgess (Ed.), *Aging in western societies* (pp. 3-28), Chicago, IL, USA: University of Chicago Press.

- Burker, E. J., Evon, D., Loiselle, M. M., Finkel, J., & Mill, M. (2005). Planning helps, behavioral disengagement does not: coping and depression in the spouses of heart transplant candidates. *Clinical Transplantation*, 19(5), 653-658. doi: 10.1111/j.1399-0012.2005.00390.x
- Butler, S. S., Turner, W., Kaye, L. W., Ruffin, L., & Downey, R. (2005). Depression and caregiver burden among rural elder caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(1), 47-63.
- Caïs, J. & Folguera, L. (2013). Redefining the dynamics of intergenerational family solidarity in Spain. *European Societies*, 15(4), 557-576. doi: 10.1080/14616696.2013.836404
- Calasanti, T. & King, N. (2007). Taking “women’s work” “like a man”: Husbands’ experiences of care work. *The Gerontologist*, 47, 516-527. doi: 10.1093/geront/47.4.516
- Calvo, E. & Beytía, P. (2011). ¿Cómo medir la felicidad?. *Claves para Políticas Públicas*, 4, 1-9.
- Campbell, L. (2010). Sons who care: Examining the experience and meaning of filial caregiving for married and never-married sons. *Canadian Journal on Aging*, 29, 73-84. doi: 10.1017/S071498080999033X
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York, USA: W. W. Norton
- Caplow, T. (1995): La reducción de la autoridad personal. En S. Langlois & S. del Campo (Eds.), *¿Convergencia o divergencia? Comparación de tendencias sociales recientes en las sociedades industriales* (pp. 273-28). Bilbao, España: Fundación BBV.
- Caputo, J., Pavalko, E. K., & Hardy, M. A. (2016). The Long-Term Effects of Caregiving on Women's Health and Mortality. *Journal of Marriage and Family*, 78(5), 1382-1398. doi: 10.1111/jomf.12332

- Carers UK (2015). *Alone and caring. Isolation, loneliness and the impact of caring on relationships*. London, England: Carers UK. Recuperado de <http://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/alone-caring>.
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M., & Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, 24(1), 66-78. doi: 10.1108/02683940910922546
- Carmichael, F., Charles, S., & Hulme, C. (2010). Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29(1), 182-190.
- Carona, C., Silva, N., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2014). Caregiving burden and parent-child quality of life outcomes in neurodevelopmental conditions: The mediating role of behavioral disengagement. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(4), 320-328. doi: 10.1007/s10880-014-9412-5
- Carpentier, N. & Bernard, P. (2011). The complexities of help-seeking: Exploring challenges through a social network perspective. En B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod, & A. Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 465-479). New York: Springer.
- Carpentier, N. & Ducharme, F. (2007). Social network data validity: The example of the social network of caregivers of older persons with Alzheimer-type dementia. *Canadian Journal on Aging*, 26(Supl. 1), 103-115. doi: 10.3138/cja.26.suppl.1.103
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. doi: 10.1037/0882-7974.7.3.331
- Carter, P. A. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 1277-1283. doi: 10.1188/02.ONF.1277-1283

- Carter, B. E. & McGoldrick, M. E. (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York, USA: Gardner Press.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. (2013). Coping. En M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 496-1915). New York, USA: Springer.
- Carver, C. S. (2014). Optimism. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 4500-4503). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2009). Optimism. En M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 330-342). New York, USA: Guilford.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299. doi: 10.1016/j.tics.2014.02.003
- Carver, C. S., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casado-Marín, D. (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 154-163.
- Casado-Mejía, R. & Ruiz-Arias, E. (2013). Estrategias de provisión de cuidados familiares a personas mayores dependientes. *Index de Enfermería*, 22(3), 142-146. doi: 10.4321/S1132-12962013000200006
- Casado-Mejía, R. & Ruiz-Arias, E. (2016). Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 587-597. doi: 10.1111/jnu.12256

- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2014). Indicador de confianza del consumidor (estudio nº 3014). Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3000_3019/3014/es3014mar.pdf
- Chang, B. L., Brecht, M. L., & Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health, 33*(1-2), 39-61. doi: 10.1300/J013v33n01_04
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 23*(3), 433-440.
- Chang, H., Chao, C., & Chou, W. (2014). Community-based care. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 4503-4506). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Chang, H. Y., Chiou, C. J., & Chen, N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(3), 267-271. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.006
- Chappell, N. L., Dujela, C., & Smith, A. (2015). Caregiver well-being: intersections of relationship and gender. *Research on Aging, 37*(6), 623-645. doi: 10.1177/0164027514549258
- Chappell, N. L. & Penning, M. J. (2005). Family caregivers: Increasing demands in the context of 21st century globalization. En M. L. Jhonson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 455-462). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Charles, S. T. (2011). Emotional experience and regulation in later life. En K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 295-310).

Amsterdam, Países Bajos: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00019-X

Chassin, L., Macy, J. T., Seo, D. C., Presson, C. C., & Sherman, S. J. (2010). The association between membership in the sandwich generation and health behaviors: A longitudinal study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(1), 38-46. doi: 10.1016/j.appdev.2009.06.001

Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350. doi: 10.1111/inr.12194

Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 419-424. doi: 10.1016/j.archger.2008.04.001

Chukwuorji, J. C., Amazue, L. O., & Ekeh, O. H. (2017). Loneliness and psychological health of orthopaedic patients' caregivers: Does gender make a difference?. *Psychology, Health & Medicine*, 22, 501-506. doi: 10.1080/13548506.2016.1173711

Chwalisz, K. (1996). The Perceived Stress Model of Caregiver Burden: Evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41(2), 91-114. doi: 10.1037/0090-5550.41.2.91

Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00012-5

Clarke, E., Preston, M., Raksin, J., & Bengtson, V. L. (1999). Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. *Gerontologist*, 39, 261-270. doi: 10.1093/geront/39.3.261

- Coe, N. B. & Van-Houtven, C. H. (2009). Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Economics*, 18(9), 991-1010. doi: 10.1002/hec.1512
- Congdon, P., Shouls, S., & Curtis, S. (1997). A multi-level perspective on small-area health and mortality: A case study of England and Wales. *International Journal of Population Geography*, 3, 243–263. doi: 10.1002/(SICI)1099-1220(199709)3:3<243::AID-IJPG70>3.0.CO;2-V
- Congreso de los Diputados de España. Código Civil. Artículos 142-152. [Título VI], 24 de julio de 1889.
- Congreso de los Diputados de España. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (14 de diciembre de 2006). [Ley 39/2006]. DO: BOE 299, de 15/12/2006.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Second Edition. Hillsdale, NJ, USA: LEA.
- Cohen, S., Hamrick, N., & Rodríguez, M.S. (2002). Reactivity and vulnerability to stress-associated risk for upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 302-310.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi: 10.2307/2136404
- Cohen, S. & Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024
- Comisión Sectorial de Humanización y Ética del Cuidar. (2010). *Reflexiones desde la ética del cuidar*. Madrid, España: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9(1), 26-36. doi: 10.1177/153331759400900105
- Connidis, I. A. & Kemp, C. L. (2008). Negotiating actual and anticipated parental support: Multiple sibling voices in three-generation families. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 229-238. doi: 10.1016/j.jaging.2007.06.002
- Connidis, I. A. & McMullin, J. A. (2002). Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 558-567. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00558.x
- Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Cooney, T. M. & Dykstra, P. A. (2013). Theories and their empirical support in the study of intergenerational family relationships in adulthood. En M. A. Fine & F. D. Fincham (Eds.), *Handbook of family theories: A content-based approach* (pp. 356-378). New York, USA: Routledge/Taylor and Francis.

- Connor-Smith, J. K. & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 22(3), 181-188. doi: 10.1002/gps.1656
- Costa, A. & Faria, L. (2015). The impact of emotional intelligence on academic achievement: A longitudinal study in Portuguese secondary school. *Learning and Individual Differences*, 37, 38-47. doi: 10.1016/j.lindif.2014.11.011
- Crespo, M. & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-15. doi: 10.1016/j.clysa.2014.07.002
- Crespo, O. & Salazar M. (2009). El constructo "cuidar" como valor vinculado a la salud y la ética en enfermería. *Revista Educación en Valores*, 11, 79-96.
- Cockerham, W. C. (2002). *Sociología de la medicina*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Cruzado, J. A. & Elvira-de-la-Morena, M. J. (2013). Coping and distress in caregivers of patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 27(7-8), 793-798. doi:10.3109/02699052.2013.793402
- Cuéllar-Flores, I. & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(34), 89-101.
- Cummins, R. & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.

- Daukantaite, D. (2014). Optimism-Pessimism, Dispositional. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 4503-4506). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Davidson, K., Daly, T., & Arber, S. (2003). Exploring the Social Worlds of Older Men. En S. Arber, K. Davidson, & J. Ginn (Eds.), *Gender and ageing: changing roles and relationships* (pp. 168-185). Maidenhead, England: Open University Press.
- De-la-Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M. A., & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.
- Deimling, G. T., Smerglia, V. L., & Schaefer, M. L. (2001). The impact of family environment and decision-making satisfaction on caregiver depression: A path analytic model. *Journal of Aging and Health*, 13(1), 47-71. doi: 10.1177/089826430101300103
- Deist, M. & Greef, A. P. (2017). Living with a parent with dementia: A family resilience study. *Dementia*, 16, 126-141. doi: 10.1177/1471301215621853
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E. & González, E. (2011). The validity of life satisfaction measures. *Social Indicator Network News*, 108, 1-5.
- Di-Gessa, G., Glaser, K., & Tinker, A. (2016). The health impact of intensive and nonintensive grandchild care in Europe: New evidence from SHARE. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 867-879. doi: 10.1093/geronb/gbv055

- Do, E. K., Cohen, S. A., & Brown, M. J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC Public Health*, 14, 362-370. doi:10.1186/1471-2458-14-362
- Domínguez-Serrano, M. & Marcenaro-Gutiérrez, Ó. D. (2016). *La economía de los cuidados*. Sevilla, España: Deculturas Ediciones.
- Doyle, M., O'Dwyer, C., & Timonen, V. (2010). 'How can you just cut off a whole side of the family and say move on?' The reshaping of paternal grandparent-grandchild relationships following divorce or separation in the middle generation. *Family Relations*, 59(5), 587-598. doi: 10.1111/j.1741-3729.2010.00625.x
- Dukhovnov, D. & Zagheni, E. (2015). Who Takes Care of Whom in the United States? Time Transfers by Age and Sex. *Population and Development Review*, 41, 183-206. doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00044.x
- Dupuis, S. L., Epp, T., & Smale, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: roles, experiences, supports and coping. A literature review. *Murray Alzheimer Research and Education Program*, University of Waterloo. Recuperado de <http://www.helpingyoucare.com/wp-content/uploads/2010/11/Caregivers-of-Persons-with-Dementia-Roles-Experiences-Supports-and-Coping-A-Literature-Review.pdf>
- Durán, M. Á. (2015). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60, 57-74.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. doi: 10.4067/S0717-92272010000500006
- Earle, A. & Heymann, J. (2012). The cost of caregiving: Wage loss among caregivers of elderly and disabled adults and children with special needs. *Community, Work & Family*, 15(3), 357-375.

- Eggebeen, D. J. (1992). Family structure and intergenerational exchanges. *Research on Aging, 14*, 427-447. doi: 10.1177/0164027592144001
- Ehrlich, K., Boström, A. M., Mazaheri, M., Heikkilä, K., & Emami, A. (2015). Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. *International Journal of Older People Nursing, 10*(1), 27-37. doi: 10.1111/opn.12044
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing, 49*(1), 23-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. *Annual Review of Sociology, 2*(1), 335-362. doi: 10.1146/annurev.so.02.080176.002003
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 17*(2), 155-174.
- Erikson, E. H. (1970). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Erikson, E. H. (1986). Reflexiones sobre el ciclo de vida del doctor Borg. En E. H. Erikson (Comp.), *La adultez* (pp. 14-57). México: FCE.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado* (Edición revisada y ampliada). Barcelona: Paidós.
- Erikson, J., Erikson, E., & Kilvinick, H. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. New York: Norton.
- Esplen, E. (2009). *Gender and care: overview report*. Recuperado de <https://www.womin.org.za/images/impact-of-extractive-industries/womens->

unpaid-labour-and-social-

reproduction/Institute%20Development%20Studies%20-%20E%20Esplen%20-%20Gender%20and%20Care%20Overview.pdf

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales*. Barcelona, España: Ariel.

Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En V. Esquivel, E. Faur, & E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil: entre las familias, el estado y el mercado* (pp. 11-43). Recuperado de <http://cddhh.ides.org.ar/files/2012/06/Las-l%C3%B3gicas-del-cuidado-infantil.-Entre-las-familias-el-Estado-y-el-mercado.1.pdf#page=12>

European Centre for Social Welfare Policy and Research. (2012). *Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America*. Recuperado de http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf

European Comission. (2013). *Horizon 2020. The EU Framework Programme for Research and Innovation*. European Comisissin. Recuperado de <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020>

Eurostat. (2010). *Demography Report 2010*. Recuperado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Evans, K. L., Millsteed, J., Richmond, J. E., Falkmer, M., Falkmer, T., & Girdler, S. J. (2016). Working sandwich generation women utilize strategies within and between roles to achieve role balance. *Plos One*, 11(6), e0157469. doi: 10.1371/journal.pone.0157469

Family Caregiver Alliance. (2012). Factsheet: Selected caregiver statistics. San Francisco, USA: Family Caregiver Alliance. Recuperado de <https://www.caregiver.org/print/23216>

- Fernández-Lao, I., Silvano-Arranz, A., & Pino-Berenguer, M. D. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 12-15. doi: 10.4321/S1132-12962013000100003
- Fernández-Martínez, M. A. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis doctoral). Universidad de León, León, España.
- Fernández-Tijero, M. (2016). El origen de la mujer cuidadora: apuntes para el análisis hermenéutico de los primeros testimonios. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 93-97.
- Fingerman, K. S. & Birditt, K. S. (2010). Relationships between Adults and their Aging Parents. En K. W. Schaie, & S. L. Willis (Eds.), *The handbook of the psychology aging* (pp. 219-230). New York, USA: Academic Press.
- Fingerman, K. L., Hay, E. L., & Birditt, K. S. (2004). The best of ties, the worst of ties: Close, problematic, and ambivalent relationships across the lifespan. *Journal of Marriage and Family*, 66, 792-808. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00053.x
- Fingerman, K. L., Miller, L. M., Birditt, K. S., & Zarit, S. (2009). Giving to the good and the needy: Parental support of grown children. *Journal of Marriage and Family*, 71, 1220-1233. doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00665.x
- Fingerman, K. L., Pillemer, K. A., Silverstein, M., & Suiitor, J. J. (2012). The baby boomers' intergenerational relationships. *The Gerontologist*, 52(2), 199-209. doi: 10.1093/geront/gnr139
- Fingerman, K. L., Sechrist, J., & Birditt, K. (2013). Changing views on intergenerational ties. *Gerontology*, 59(1), 64-70. doi: 10.1093/geront/gnr139
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41. doi: 10.4067/S0717-95532012000100004

- Folkman, S. (2013). Stress: appraisal and coping. En M. D. Gellman, & J. R. Turner (Eds.). *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1913-1915). New York, USA: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes, it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Fortinsky, R. H., Tennen, H., Frank, N., & Affleck, G. (2007). Health and psychological consequences of caregiving. En C. Aldwin, C. L. Park, & A. Spiro (Eds.), *Handbook of health psychology and aging*, (pp. 227-249). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Freeman, S., Kurosawa, H., Ebihara, S., & Kohzuki, M. (2010). Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 282-291. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.008
- Freire, C. & Ferradás, M. D. M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Friedemann, M. L. & Buckwalter, K. C. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 313-336. doi: 10.1177/1074840714532715
- Fuentes, A., Jesam, C., Devoto, L., Angarita, B., Galleguillos, A., Torres, A., & Mackenna, A. (2010). Association between motherhood postponement and socioeconomic status. *Revista Médica de Chile*, 138(10), 1240-1245. doi: /S0034-98872010001100005
- Furnham, A. & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 31(8), 815-823. doi: 10.2224/sbp.2003.31.8.815

- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 154-163. doi: 10.1002/gps.538
- Gallup, G. H. (1976). Human needs and satisfactions a global survey. *Public Opinion Quarterly*, 40, 459-467.
- Garand, L., Lingler, J. H., Deardorf, K. E., DeKosky, S. T., Schulz, R., Reynolds C. F., & Dew, M. A. (2012). Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 26(2), 159-165. doi: 10.1097/WAD.0b013e31822f9051
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 372-379. doi: 10.1016/j.archger.2008.03.004
- García, J. R. (2010). Los tiempos del cuidado. *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus ciudadanos*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- García-Calvente, M., del-Río, L., M., & Marcos, J. M. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.006
- Gauthier, A. (2002). The role of grandparents. *Current Sociology*, 50(2), 295-307. doi: 10.1177/0011392102050002623
- George, L. K. (2005). Stress and coping. En M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 292-300). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Giarrusso, R., Stallings, M., & Bengtson, V.L. (1995). The intergenerational stake's hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20

- years later. En V. L. Bengtson, K. W. Schaie, & L. Burton (Eds.), *Intergenerational issues in aging*. New York, USA: Plenum Press.
- Gilliam, C. M. & Steffen, A. M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging and Mental Health*, 10(2), 79-86. doi: 10.1080/13607860500310658
- Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women's conceptions of the self and of morality. *Harvard Education Review*, 47, 481-517. doi: 10.17763/haer.47.4.g6167429416hg5l0
- Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Natural Review of Immunology*, 5(3), 243-251. doi: 10.1038/nri1571
- Glymour, M. M., Avendano, M., & Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. En L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 17-63). New York, USA: Oxford University Press.
- Gobierno de España (2016). *Plan Estatal de Investigación Científica y técnica y de Innovación 2017-2020*. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Recuperado de <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnextoid=83b192b9036c2210VgnVCM1000001d04140aRCRD>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.
- Goldzweig, G., Merims, S., Ganon, R., Peretz, T., & Baider, L. (2012). Coping and distress among spouse caregivers to older patients with cancer: An intricate path. *Journal of Geriatric Oncology*, 3(4), 376-385. doi:10.1016/j.jgo.2012.07.003

- Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. New York, USA: Bantam Books.
- Goleman, D. P. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York, USA: Bantam Books.
- Gómez, M. V., Gallego, R. S., & Díaz, M. M. (2002). Maternidad tardía: Incidencia, perfiles y discursos. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 5, 11-36.
- Gomila, M. A. (2005). Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. *Historia Contemporánea*, 31, 505-542.
- Gonyea, J. G. (2013). Midlife, multigenerational bonds and caregiving. En R. C. Talley & R. J. V. Montgomery (Eds.), *Caregiving across the lifespan* (pp. 105-130). New York, USA: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-5553-0_7
- González, M. J., & Jurado, T. (2009). ¿Cuándo se implican los hombres en las tareas domésticas?: un análisis de la Encuesta de Empleo del Tiempo. *Panorama Social*, 2, 65-81. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:FAC-CPYS-Articulos-0001/Documento.pdf>
- Gough, K. (1971). The origin of the family. *Journal of Marriage and Family*, 33(4), 760-771. doi: 10.2307/349449
- Gray, A. (2005). The changing availability of grandparents as carers and its implications for childcare policy in the UK. *Journal of Social Policy*, 34, 557-577. doi: 10.1017/S0047279405009153
- Grundy, E. M., Albala, C., Allen, E., Dangour, A. D., Elbourne, D., & Uauy, R. (2012). Grandparenting and psychosocial health among older Chileans: A longitudinal analysis. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1047-1057. doi: 10.1080/13607863.2012.692766

- Grundy, E. & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing & Society*, 26, 707-722. doi:10.1017/S0144686X06004934
- Guijarro, A. (2001). *El síndrome de la abuela esclava*. Granada, España: Grupo editorial universitario.
- Gutiérrez, M. F., Jiménez-Martin, S., Vegas-Sánchez, R., & Vilaplana, C. (2010). *The Spanish Long-term Care System*. ENEPRI Research Report N° 88. Recuperado de <https://www.ceps.eu/publications/long-term-care-system-elderly-spain>
- Hagestad, G. O. & Uhlenberg, P. (2007). The impact of demographic changes on relations between age groups and generations: A comparative perspective. En K. W. Schaie & P. Uhlenberg (Eds.), *Social structures: Demographic changes and the well-being of older persons* (pp. 239–261). New York, USA: Springer.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2(4), 323-330.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Hovater, M., & Clay, O. J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: A population-based case-control study. *Neurology*, 84(13), 1323-1329. doi: 10.1212/WNL.0000000000001418
- Hamad, E. O., AlHadi, A. N., Lee, C. J., Savundranayagam, M. Y., Holmes, J. D., Kinsella, E. A., & Johnson, A. M. (2017). Assessment of Caregiving Constructs: Toward a Personal, Familial, Group, and Cultural Construction of Dementia Care through the Eyes of Personal Construct Psychology. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(4), 1-19. doi: 10.1007/s10823-017-9320-x
- Hamilton, W. D. (1963). The evolution of altruistic behavior. *The American Naturalist*, 97(896), 354-356. doi: 10.1086/497114

- Hamilton, W. D. (1964). The genetical evolution of social behavior, II. *Journal of Theoretical Biology*, 7, 17-52. doi: 10.1016/0022-5193(64)90039-6
- Hank, K. & Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*, 30, 53-73. doi: 10.1177/0192513X08322627
- Hank, K. & Kreyenfeld, M. (2003). A multilevel analysis of child care and women's fertility decisions in Western Germany. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 584-596. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00584.x
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Ingebrechtsen, R. (2013). The strains and gains of caregiving: an examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of indicators of psychological well-being. *Social Indicators Research*, 114(2), 323-343. doi: 10.1007/s11205-012-0148-z
- Hatton-Yen, A. & Ohsako, T. (2001). *Intergenerational Programmes: Public Policy and Research Implications: An International Perspective*. Hamburg, Germany: UNESCO Institute for Education. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED458364>
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 98-105. doi: 10.1016/S0889-1591(02)00073-9
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. En K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 189-210). San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Hebblethwaite, S. & Norris, J.E. (2010). "You don't want to hurt his feelings...": Family Leisure as a Context for Intergenerational Ambivalence. *Journal of Leisure Research*, 42(3), 489-508.

- Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, Global*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Helvik, A. S., Bjørkløf, G. H., Corazzini, K., Selbæk, G., Laks, J., Østbye, T., & Engedal, K. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 130-137. doi:10.1016/j.archger.2016.01.014
- Herlofson, K. & Hagestad, G. O. (2012). Transformations in the role of grandparents across welfare states. En S. Arber & V. Timonen (Eds.), *Contemporary Grandparenting: Changing family relationships in global contexts*, (pp. 25-51). Bristol, England: The Policy Press.
- Higgs, M. & Dulewicz, V. (2008). *Emotional intelligence, well-being and personality: An empirical study of their interrelationship*. Southampton, University of Southampton (Discussion Papers in Management). (Working Paper Series-Management, M-08-08). Recuperado de <https://eprints.soton.ac.uk/51501/>
- Hileman, J. W., Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771-777.
- Hill, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper & Row.
- Hill, R. (1958). Social stresses on the family: Generic features of families under stress. *Social Casework*, 39, 139-50.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Homans, G. C. (1974). *Social Behavior: Its Elementary Forms*. Oxford, England: Harcourt Brace Jovanovich.

- House, J. S. (2001). Social isolation kills - but how and why?. *Psychosomatic Medicine*, 63, 273–274.
- Hsueh, K. H. (2001). *Family Caregiving Experience and Health Status Among Chinese in the United States*. PhD dissertation. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Services, ProQuest Information and Learning.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hughes, M. E., Waite, L. J., La-Pierre, T. A., & Luo, Y. (2007). All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 108-119. doi: 10.1093/geronb/62.2.S108
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 27-32. doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00027.x
- Hurme, H. (1991). The grandparent role in Finland. En P.K. Smith (Ed.), *The psychology of grandparenthood* (pp. 19-31). London, England: Routledge.
- Huvent-Grelle, D., Boulanger, E., Beuscart, J. B., Martin, T., Podvin, J., & Puisieux, F. (2015). "Women in the middle": An observational study of a generation story in Alzheimer disease in France. *European Geriatric Medicine* 6, 124-127. doi: 10.1016/j.eurger.2014.10.001
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de /InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid, España: IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2014*. Madrid, España: IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-envejecerespania-01.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta Europea de Salud 2014. Determinantes de salud. Cifras relativas*. Recuperado de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2014/p06/&file=pcaxis>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Estadística del Padrón Continuo a 1 de Julio de 2017*. Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984

- Ingersoll-Dayton, B., Neal, M.B., Ha, J.H., & Hammer, L.B. (2003). Redressing inequity in parent care among siblings. *Journal of Marriage and the Family*, 65(1), 201-213. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00201.x
- Izal, M., Losada, A., Márquez, M., & Montorio, I. (2003). Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 203-211. doi: 10.1016/S0211-139X(03)74885-9
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., Losada, A., & Alonso, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Psychosocial Intervention*, 10(1), 23-40.
- Jackson, S. & Bosma, H. A. (1990). Coping and self in adolescence. En H. A. Bosma & S. Jackson (Eds.), *Coping and self-concept in adolescence* (pp. 203-221). Berlin, Germany: Springer.
- Jaime-Castillo, A. M. (2000). Familia y socialización política. La transmisión de orientaciones ideológicas en el seno de la familia española. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 92, 71-92. doi: 10.2307/40184294
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798-1809. doi: 10.1037/0022-3514.37.10.1798
- Jenkins, M. D., Blankemeyer, M., & Pinkard, O. (2000). Young adult children and grandchildren in primary caregiver roles to older relatives and their service needs. *Family Relations*, 49(2), 177-186. doi: 10.1111/j.1741-3729.2000.00177.x
- Jeune, B. & Christensen, K. (2005). Biodemography and Epidemiology of Longevity. En M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 85-94). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Johnson, M. P. (1991). Commitment to personal relationships. *Advances in Personal Relationships*, 3, 117-143.
- Johnson, M. P., Caughlin, J. P., & Huston, T. L. (1999). The tripartite nature of marital commitment: personal, moral, and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 160-177. doi: 10.2307/353891
- Joseph, D. L. & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 54-78. doi: 10.1037/a0017286
- Kahn, J. R., McGill, B. S., & Bianchi, S. M. (2011). Help to family and friends: Are there gender differences at older ages?. *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 77-92. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00790.x
- Kahana, E. & Kahana, B. (1971). Theoretical and research perspectives on grandparenthood. *Aging and Human Development*, 2(4), 261-268. doi: 10.2190/AG.2.4.c
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1281-1290. doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019
- Keele University. (2018). *Marriage may protect against heart disease/stroke*. News 18 June 2018. Recuperado de <https://www.keele.ac.uk/discover/news/2018/june/heart-disease-stroke/marriage.php>
- Kenny, P., King, M. T., & Hall, J. (2014). The physical functioning and mental health of informal carers: evidence of care-giving impacts from an Australian population-based cohort. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 646-659. doi: 10.1111/hsc.12136/full

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 18(2), 139-155. doi: 10.1080/08870440310001652687
- Kikuzawa, S. (2016). Social support and the mental health of family caregivers: sons and daughters caring for aging parents in Japan. *International Journal of Japanese Sociology*, 25(1), 131-149. doi: 10.1111/ijjs.12041
- Kim, Y., Kashy, D. A., Spillers, R. L., & Evans, T. V. (2010). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: Three cohorts comparison. *Psycho-Oncology*, 19, 573–582. doi: 10.1002/pon.1597
- King, D. E., Matheson, E., Chirina, S., Shankar, A., & Broman-Fulks, J. (2013). The status of baby boomers' health in the United States. The healthiest generation? *JAMA Internal Medicine*, 173(5), 385-386. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.2006
- Kivnick, H. Q. (1982). Grandparenthood: An overview of meaning and mental health. *Gerontologist*, 22, 59–66. doi: 10.1093/geront/22.1.59
- Klein, D. M. & White, J. M. (1996). *Family theories: an introduction*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Klemera, E. (2014). Satisfaction with education. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 1819-1823). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Kneebone, I. I. & Martin, P. R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 1-17. doi: 10.1348/135910703762879174
- Knight, B. & Losada, A. (2011). Family Caregiving for Cognitively or Physically Frail Older Adults: Theory, Research, and Practice. En K.W. Schaie & S.L. Willis

- (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 353-365). New York: Academic Press.
- Knijn, T., Martin, C., & Le-Bihan, B. (2013). Introduction: workers under pressure and social care arrangements—a research framework. En Le Bihan, B., Martin, C., & Knijn, T. (Eds.), *Work and care under pressure: care arrangements across Europe* (pp 7–32). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Koehly, L. M., Ashida, S., Schafer, E. J., & Ludden, A. (2014). Caregiving networks—Using a network approach to identify missed opportunities. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 143-154. doi: 10.1093/geronb/gbu111
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. En T. Lickona (Ed.), *Moral Developmental and Behavior: Theory, Research and Social Issues* (pp. 31-53). Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (Ed. cast.: Estadios morales y moralización. El enfoque cognitivo-evolutivo. *Infancia y Aprendizaje*, 18, 1982, 33-51).
- Kohli, M., Künemund, H., & Lüdicke, J. (2005). Family structure, proximity and contact. En A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist & G. Weber (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute für the Economics of Ageing.
- Kreyenfeld, M. & Andersson, G. (2014). Socioeconomic differences in the unemployment and fertility nexus: Evidence from Denmark and Germany. *Advances in Life Course Research*, 21, 59-73. doi: 10.1016/j.alcr.2014.01.007
- Ku, L. J. E., Stearns, S. C., Van-Houtven, C. H., Lee, S. Y. D., Dilworth-Anderson, P., & Konrad, T. R. (2013). Impact of caring for grandchildren on the health of

- grandparents in Taiwan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 1009-1021. doi: 10.1093/geronb/gbt090
- Künemund, H. (2006). Changing welfare states and the “sandwich generation”: Increasing burden for the next generation?. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(2), 11-29.
- Kwak, M., Ingersoll-Dayton, B., & Kim, J. (2012). Family conflict from the perspective of adult child caregivers: The influence of gender. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(4), 470-487. doi: 10.1177/0265407511431188
- Lai, D. W. (2010). Filial piety, caregiving appraisal, and caregiving burden. *Research on Aging*, 32(2), 200-223. doi: 10.1177/0164027509351475
- Landwerlin, G. M. (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Colección estudios sociales nº 19. Barcelona, España: Fundación “La Caixa”. Recuperado de www.fundacion.lacaixa.es
- Lara, L., Díaz, M., Herrera, E., & Silveira, P. (2001). Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 107-111
- Lashewicz, B. & Keating, N. (2009). Tensions among siblings in parent care. *European Journal on Aging*, 6, 127–135. doi:10.1007/s10433-009-0109-9
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of gerontology*, 46(4), 181-189. doi: 10.1093/geronj/46.4.P181
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121-127. doi: 10.1016/j.anr.2012.08.004

- Lee, S., Colditz, G., Berkman, L., & Kawachi, I. (2003). Caregiving to children and grandchildren and risk of coronary heart disease in women. *American Journal of Public Health, 93*, 1939–1944. doi:10.2105/ajph.93.11.1939
- Leow, M. Q. & Chan, S. W. (2017). The challenges, emotions, coping, and gains of family caregivers caring for patients with advanced cancer in Singapore: a qualitative study. *Cancer Nursing, 40*(1), 22-30. doi: 10.1097/NCC.0000000000000354
- Li, L. W., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (1999). Change in depressive symptoms among daughter caregivers: an 18-month longitudinal study. *Psychology and Aging, 14*(2), 206-219. doi:10.1037/0882-7974.14.2.206
- Lilly, M. B., Robinson, C. A., Holtzman, S., & Bottorff, J. L. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health & Social Care in the Community, 20*(1), 103-112. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01025.x
- Lin, L. Y. (2015). Coping strategies, caregiving burden, and depressive symptoms of Taiwanese mothers of adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 15*, 1-9. doi: 10.1016/j.rasd.2015.04.002
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Orlando, Florida, USA: Academic Press Inc.
- Lin, I. F., Fee, H. R., & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationship. *Family Relations, 61*(2), 343-358. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00692.x
- Lloyd, J., Patterson, T., & Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia, 15*(6), 1534-1561. doi: 10.1177/1471301214564792

- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health, 14*(2), 193-202. doi: 10.1080/13607860903167838
- Lovell, B. & Wetherell, M. A. (2016). Behaviour problems of children with ASD and perceived stress in their caregivers: The moderating role of trait emotional intelligence?. *Research in Autism Spectrum Disorders, 28*, 1-6. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.023
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. Majadahonda: Madrid.
- Luchesi, B. M., Degani, G. C., Brígola, A. G., Pavarini, S. C. I., & Marques, S. (2015). Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. *Archives of Clinical Psychiatry, 42*(2), 45-51. doi: 10.1590/0101-60830000000047
- Lundholm, E. & Malmberg, G. (2009). Between elderly parents and grandchildren- Geographic proximity and trends in four-generation families. *Journal of Population Ageing, 2*(3-4), 121-137. doi: 10.1007/s12062-010-9022-4
- Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and Family, 60*(2), 413-425. doi: 10.2307/353858
- Luo, Y., LaPierre, T. A., Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2012). Grandparents providing care to grandchildren: A population-based study of continuity and change. *Journal of Family Issues, 33*(9), 1143-1167. doi: 10.1177/0192513X12438685
- Lynch, K., Lyons, M., & Cantillon, S. (2007). Breaking silence: Educating citizens for love, care and solidarity. *International Studies in Sociology of Education, 17*(1-2), 1-19. doi: 10.1080/0962210701433589
- MacCann, C., Fogarty, G. J., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2011). Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic

- achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 36(1), 60-70. doi: 10.1016/j.cedpsych.2010.11.002
- Mackay, C. & Pakenham, K. I. (2011). Identification of stress and coping risk and protective factors associated with changes in adjustment to caring for an adult with mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 1064-1079. doi: 10.1002/jclp.20829
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- Mackenzie, A. & Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 34(17), 1413-1422. doi: 10.3109/09638288.2011.650307
- Magnolfi, S. U., Petruzzi, E., Pinzani, P., Malentacchi, F., Pazzagli, M., & Antonini, F. M. (2007). Longevity index (LI%) and centenarity index (CI%): New indicators to evaluate the characteristics of aging process in the Italian population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 271–276. doi: 0.1016/j.archger.2006.05.006
- Majón-Valpuesta, D., Ramos, P., & Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas*, 15(2), 53-63. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue2-fulltext-833
- Manfredini, R., De Giorgi, A., Tiseo, R., Boari, B., Cappadona, R., Salmi, R., Gallerani, M., et al. (2017). Marital status, cardiovascular diseases, and cardiovascular risk factors: A review of the evidence. *Journal of Women's Health*, 26(6), 624-632. doi: 10.1089/jwh.2016.6103

- Marí-Klose, M. & Escapa, S. (2015). Solidaridad intergeneracional en época de crisis: ¿mito o realidad?. *Panorama Social*, 22, 61-78. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/69077>
- Marmot M. & Bell, R. (2016). Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 238-240. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.02.003
- Martínez, A. (2010). *Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/10/>
- Martínez, E. M., López, P. S., & Flores, I. C. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45. doi: 10.5093/cl2013a5
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.029
- Martire, L. M. & Stephens, M. A. P. (2003). Juggling parent care and employment responsibilities: The dilemmas of adult daughter caregivers in the workforce. *Sex Roles*, 48(3-4), 167-173. doi: 10.1023/A:1022407523039
- Marwit, S. J. & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29, 191-205. doi: 10.1080/07481180590916335
- Maynard-Smith, J. (1964). Group selection and kin selection. *Nature*, 201, 1145-1147. doi: 10.1038/2011145a0
- Masanet, E. & La-Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266. doi: 10.1590/S1135-57272011000300004

- Matthews, G. & Zeidner, M. (2000). Emotional Intelligence, adaptation to stressful encounters and health outcomes. En R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 459-489). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maurin, J. T. & Boid, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107. doi: 10.1016/0883-9417(90)90016-E
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (1999). Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- McAdams, D. P., Diamond, A. De St. Aubin, E. & Mansfield, E. D. (1997). Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 678-694.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McIlvane, J. M., Popa, M. A., Robinson, B., Houseweart, K., & Haley, W. E. (2008). Perceptions of illness, coping, and well-being in persons with mild cognitive impairment and their care partners. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(3), 284-292. doi:10.1097/WAD.0b013e318169d714
- McCullough, M. E., Kimeldorf, M. B., & Cohen, A. D. (2008). An adaptation for altruism: The social causes, social effects, and social evolution of gratitude. *Current Directions in Psychological Science*, 17(4), 281-285. doi: 10.1111/j.1467-8721.2008.00590.x
- Meil, G. (2006). The consequences of the development of a beanpole kin structure on exchanges between generations - The case of Spain. *Journal of Family Issues*, 27, 1085-1099. doi:10.1177/0192513X06288121

- Mestre-Miquel, J. M., Guillen-Palomares, J., Caro-Blanco, F. (2012). Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: recurso de conciliación de la vida social y familiar. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12, 231-238. doi: 10.5218/PRTS.2012.0025
- Mezquita, C. (2013). *Aproximación histórica al origen de los cuidados en las sociedades paleolíticas: aportación desde la obra de Jean M. Auel* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413. doi: 10.1007/BF00333288
- Michael, Y. L., Colditz, G. A., Coakley, E., & Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: cross-sectional evidence from the nurses' health study. *Quality of Life Research*, 8, 711-722. doi: 10.1023/A:1008949428041
- Miguel, J. A., Sancho, M., Abellán, A., & Rodríguez, V. (2000). La atención formal e informal en España. En IMSERSO (Ed.), *Las personas mayores en España. Informe 2000* (pp. 863-911). Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1356-1368. doi: 10.1016/j.paid.2007.12.004
- Minguela-Recover, M. A. & Camacho-Ballesta, J. A. C. (2015). Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutivos?: una visión comparada entre los países del sur de Europa. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkari [Revista de servicios sociales]*, 58, 15-25. doi: 10.5569/1134-7147.58.02

- Miyazaki, T., Ishikawa, T., Iimori, H., Miki, A., Wenner, M., Fukunishi, I., & Kawamura, N. (2003). Relationship between perceived social support and immune function. *Stress and Health, 19*(1), 3-7. doi: 10.1002/smi.950
- Möller-Leimkühler, A. M. & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 262*(2), 157-166. doi: 10.1007/s00406-011-0215-5
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(1), 19-26. doi: 10.2307/583753
- Montorio, I., Izal, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología, 14*(2), 229-248.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion, 15*(4), 484-493. doi: 10.1037/emo0000084
- Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. Á., Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., & del-Pino-Casado, R. (2016). Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. *Gaceta Sanitaria, 30*(3), 201-207. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.02.004
- Morse, J., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(1), 1-14. doi: 10.1097/00012272-199009000-00002

- Morse, J., Shaffer, D., Williamson, G., Dooley, K., & Schulz, R. (2012). Models of self and others and their relation to positive and negative caregiving responses. *Psychology and Aging, 27*(1), 211-218. doi: 10.1037/a0023960
- Moyano-Díaz, E. & Ramos-Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum, 22*(2), 177-193.
- Musil, C. M., Gordon, N. L., Warner, C. B., Zauszniewski, J. A., Standing, T., & Wykle, M. (2010). Grandmothers and caregiving to grandchildren: Continuity, change, and outcomes over 24 months. *The Gerontologist, 51*(1), 86-100. doi: 10.1093/geront/gnq061
- Naik, Y. (2015). Identification of personality traits exhibited by effective technical managers: An empirical study using emotional intelligence. *Reflections Journal of Management, 1*, 1-16.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical Care, 40*, 1249-1259.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 60*(5), 317-339. doi: 10.3322/caac.20081
- Oh, I. O. & Kim, S. (2015). Structural equation model for caregiving experience of families providing care for family members with mental disorders. *Journal of Korean Academy of Nursing, 45*(1), 97-106. doi: 10.4040/jkan.2015.45.1.97
- Oliva, J. & Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público, 56*, 163-181.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Preventing ageing unequally*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD. Recuperado de <http://oe.cd/pau2017>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Informe número: WHO/FWC/ALC/15.01). Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día mundial de la salud - 7 abril 2017*. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Ortega-Ortega, M., Montero-Granados, R., & Romero-Aguilar, A. (2015). Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Informal Care in Hematologic Malignancy Patients: a Study Based on Different Phases of the Treatment, Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 89(2), 201-213.
- Ohayon, M. M. & Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Medicine*, 11(10), 1010-1018. doi: 10.1016/j.sleep.2010.02.018
- O'Sullivan, A. (2015). Pulled from All Sides: The Sandwich Generation at Work. *Work*, 50(3), 491-494. doi: 10.3233/WOR-141959
- Oswald, A. J. & Wu, S. (2010). Objective confirmation of subjective measures of human well-being: Evidence from the USA. *Science*, 327(5965), 576-579. doi: 10.1126/science.1180606
- Ownsworth, T., Henderson, L., & Chambers, S. K. (2010). Social support buffers the impact of functional impairments on caregiver psychological well-being in the context of brain tumor and other cancers. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1116-1122. doi: 10.1002/pon.1663

- Park, M., Sung, M., Kim, S. K., Kim, S., & Lee, D. Y. (2015). Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1355-1364. doi:10.1017/S1041610215000460
- Parker, J. D., Creque, R. E., Barnhart, D. L., Harris, J. I., Majeski, S. A., Wood, L. M., Bond, B. J. et al. (2004). Academic achievement in high school: Does emotional intelligence matter?. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1321-1330. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.002
- Parker, K. & Patten, E. (2013). The sandwich generation. Rising financial burdens for middle-aged Americans. Washington, DC: *Pew Research Center. Social & Demographic Trends*. Recuperado de http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/3/2013/01/Sandwich_Generation_Report_FINAL_1-29.pdf
- Parks, S. M. & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62(12), 2613-2622.
- Pascual, A. M. & Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 48-54. doi: 10.1016/j.regg.2009.05.012
- Pavalko, E. K. (2011). Caregiving and the life course: Connecting the personal and the public. En R. A. Settersten & J. L. Angel (Eds.), *Handbook of sociology of aging* (pp. 603-616). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-7374-0_37
- Pavalko, E. K. & Artis, J. E. (1997). Women's caregiving and paid work: Causal relationships in late midlife. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), 170-179. doi: 10.1093/geronb/52B.4.S170
- Pavolini, E. & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare estate: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246-259. doi: 10.1177/0958928708091058

- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Tirado-Pedregosa, G., López-Sáez, A., Capilla-Díaz, C., Correa-Brenes, A., & Geidel-Domínguez, B. (2011). La valoración en el síndrome del cuidador. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19, 102-106.
- Penning, M. L. (2002). Hydra revisited: substituting formal for self-and informal in-home care among older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 42(1), 4-16. doi: 10.1093/geront/42.1.4
- Perera, H. N. & DiGiacomo, M. (2015). The role of trait emotional intelligence in academic performance during the university transition: An integrative model of mediation via social support, coping, and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 83, 208-213. doi: 10.1016/j.paid.2015.04.001
- Pérez-Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 104, 91-121. doi: 10.2307/40184570
- Pérez-Caramés, A. (2014). Family policies in Spain. En M. Robila (Ed.), *Handbook of family policies across the globe* (pp. 175-194). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-6771-7
- Pérez-Pérez, N. & Castejón-Costa, J. L. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22), 1-27.
- Pérez-Pérez, N. & Castejón-Costa, J. L. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 121-131.
- Perkins, M., Howard, V. J., Wadley, V. G., Crowe, M., Safford, M. M., Haley, W. E., Howard, G., et al. (2012). Caregiving strain and all-cause mortality: Evidence

- from the REGARDS study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 504-512. doi:10.1093/geronb/gbs084
- Peterson, B. E. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles and caregiving. *Psychology and Aging*, 17(1), 161-168. doi: 10.1037//0882-7974.17.1.161
- Pham-Kanter, G. (2009). Social comparisons and health: Can having richer friends and neighbors make you sick?. *Social Science & Medicine*, 69(3), 335-344. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.017
- Pharoah, P. D. & Melzer, D. (1995). Variation in prescribing of hypnotics, anxiolytics and antidepressants between 61 general practices. *British Journal of General Practice*, 45(400), 595-599.
- Piercy, K. W., Fauth, E. B., Norton, M. C., Pfister, R., Corcoran, C. D., Rabins, P. V., & Lyketsos, C. et al. (2012). Predictors of dementia caregiver depressive symptoms in a population: The Cache County Dementia Progression Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 921-926. doi: 10.1093/geronb/gbs116
- Pillemer, K. & Suitor, J. J. (2006). Making choices: A within-family study of caregiver selection. *The Gerontologist*, 46(4), 439-448. doi: 10.1093/geront/46.4.439
- Pinazo, S. (1999). Significado social del rol de abuelo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 169-176.
- Pinquart, M. & Duberstein, P. R. (2005). Optimism, pessimism, and depressive symptoms in spouses of lung cancer patients. *Psychology & Health*, 20(5), 565-578. doi: 10.1080/08870440412331337101
- Pinquart, M. & Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75(2), 122-137. doi: 10.1016/j.critrevonc.2009.06.003

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging & Mental Health* 8(5), 438–449. doi: 10.1080/13607860410001725036
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26, 1-14. doi:10.1037/a0021863
- Ponder, R. J. & Pomeroy, E. C. (1997). The grief of caregivers: How pervasive is it? *Journal of Gerontological Social Work*, 27, 3-21.
- Popenoe, D. (1996). *Life without father: Compelling new evidence that fatherhood and marriage are indispensable for the good of children and society*. New York: Free Press.
- Prenda, K. M. & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16, 206-216. doi: 10.1037//0882-7974.16.2.206
- Pressman, D. & Hooker, E. D. (2013). Happiness and health. En M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1913-1915). New York, USA: Springer.
- Pressman, S. D., Kraft, T., & Bowlin, S. (2013). Well-being: Physical, psychological, social. En M. D. Gellman, J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 2047-2052). New York, USA: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_75

- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. T. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 43-55. doi: 10.1017/S1041610209990810
- Ramos, P. (en revision). Claves para el desarrollo del rol de abuelo en la sociedad española actual. *Estudios de Psicología*.
- Ramsay, S., Grundy, E., & O'reilly, D. (2013). The relationship between informal caregiving and mortality: an analysis using the ONS Longitudinal Study of England and Wales. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(8), 655-660. doi: 10.1136/jech-2012-202237
- Rando, T. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaign, IL, USA: Research Press.
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Contextual issues, research questions, and policy options*. Genova: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Recuperado de [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Reese, C. G. & Murray, R. B. (1996). Transcendence: the meaning of great-grandmotherhood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(4), 245-251. doi: 10.1016/S0883-9417(96)80030-6
- Reher, D. S. (1998). Family ties in Western Europe: Persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24(2), 203-234.

- Remor, E. & Carrobles, J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Rest, J. R. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis, Minnesota, USA: University of Minnesota Press.
- Revenson, T. A., Griva, K., Luszczynska, A., Morrison, V., Panagopoulou, E., Vilchinsky, N., & Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. New York, NY, USA: Palgrave Macmillan. doi: 10.1057/9781137558985
- Riley, L. D. & Bowen, C. P. (2005). The sandwich generation: Challenges and coping strategies of multigenerational families. *The Family Journal*, 13(1), 52-58. doi: 10.1177/1066480704270099
- Rivas-Borrell, S. (2010). Transmisión de valores educativos en la relación abuelos-nietos en familias con personas dependientes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 859-865.
- Rivera, E., Pons, J. I., Rosario-Hernández, E., & Ortiz, N. (2008). Traducción y adaptación para la población puertorriqueña del Inventario Bar-On de Cociente Emocional (Bar-On EQ-i): Análisis de propiedades psicométricas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 148-182.
- Robertson, J.F. (1975). Interaction in three generation families, parents as mediators: Toward a theoretical perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, 6, 103-110. doi: 10.2190/GPFM-TFM5-9Y8Y-LHAK
- Robertson, J. F. (1977). Grandmotherhood: A study of role conceptions. *Journal of Marriage and the Family*, 3, 165-174. doi: 10.2307/351072
- Robine, J. M. (2003). Life course, environmental change, and life span. *Population and Development Review*, 29, 229-238.

- Robles-Silva, L., & Rosas-García, M. D. (2014). Herencia y cuidado: transiciones en la obligación filial. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 45, 99-112. doi: 10.29340/45.1293
- Rodríguez, P., Mateo, A., & Sancho, M. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid, España: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidado_sppmmhogares.pdf
- Rodríguez, J. R., Tabares, V. Z., Jiménez, E. S., López, R. S., & Ramos, M. C. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(05)75068-X
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Rokach, A., Matalon, R., Safarov, A., & Bercovitch, M. (2007). The loneliness experience of the dying and of those who care for them. *Palliative and Supportive Care*, 5, 153–159. doi: 10.1017/S1478951507070228
- Rolland, S. J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Barcelona, España: Gedisa.
- Rosow, I. (1976). Status and role change through the life span. En R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 457-482). New York, USA: Van Nostrand Reinhold.

- Ross, C. E. & Sastry, J. (1999). The sense of personal control. En C. S. Aneshensel & J. C. Phelan, *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 369-394). Boston, MA, USA: Springer. doi: 10.1007/0-387-36223-1
- Ross, K. & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 275–297. doi: 10.2307/2955371
- Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. doi: 10.1037/0003-066X.41.7.813
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. doi: 10.1093/geront/gnu177
- Rubin, R. M. & White-Means, S. I. (2009). Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues*, 30(3), 252-267. doi: 10.1007/s10834-009-9155-x
- Rubio-Aranda, E., Comín-Comín, Montón-Blasco, G., Martínez-Terrer, T., & Magallón-Botaya, R. (2015). Cuidados familiares prestados por los ancianos del ámbito rural a distintas generaciones. *Gerokomos*, 26(2), 48-52. doi: 10.4321/S1134-928X2015000200003
- Ruiz, J., Prather, C. C., & Kauffman, E. E. (2013). Social support. En M. D. Gellman, & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1843-1847). New York, USA: Springer.
- Ruíz-Robledillo, N. & Moya-Albiol, L. (2014). Emotional intelligence modulates cortisol awakening response and self-reported health in caregivers of people with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1535-1543. doi: 10.1016/j.rasd.2014.08.003
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 33-41. doi: 10.1023/A:1023513218433

- Salido, O. & Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España. *Política y Sociedad*, 44(2), 101-114. doi:http://hdl.handle.net/10261/21139
- Salomon, K., (2013). Stress responses. En M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1894-1895). New York: Springer.
- Salovey, P. & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 281–285. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- Saraceno, C. (2011). Childcare needs and childcare policies: a multidimensional issue. *Current Sociology*, 59, 78-96. doi: 10.1177/0011392110385971
- Sayer, L. C. (2016). Trends in Women's and Men's Time Use, 1965–2012: Back to the Future?. En S. McHale, V. King, J. Van Hook, & A. Booth (Eds.), *Gender and couple relationships* (pp. 43-77). Basel, Switzerland: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-21635-5_2
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (Vol. 1, pp. 189-216). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Schmidt, A. E., Ilinca, S., Schulmann, K., Rodrigues, R., Principi, A., Barbabella, F., Sowa, A. et al., (2016). Fit for caring: factors associated with informal care provision by older caregivers with and without multimorbidity. *European Journal of Ageing*, 13(2), 103-113. doi: 10.1007/s10433-016-0373-4

- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver health effects study. *Jama*, 282, 2215-2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191-203. doi: 10.1002/1098-240X(200006)23:3<191::AID-NUR3>3.0.CO;2-B
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.003
- Schützenberger, A. (2002). *¡Ay, mis ancestros!*. Buenos Aires, España: Edicial.
- Schwarzenbach, S. (1987). Rawls and ownership: The forgotten category of reproductive labor. *Canadian Journal of Philosophy*, 17(Sup. 1), 139-167. doi: 10.1080/00455091.1987.10715933
- Seira-Lledós, M., Aller-Blanco, A., & Calvo-Gascón, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 713-721.
- Servicio Andaluz de Salud. (2004). *Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Shin, K. S. G. & Han, G. H. (2011). Family caregivers of the impaired elderly: A comparison between spouses and adult children. *The Korean Journal of Community Living Science*, 22, 35-51. doi: 10.7856/kjcls.2011.22.1.035
- Shirai, Y., Silverberg-Koerner, S., & Baete-Kenyon, D. (2009). Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging and Mental Health*, 13(1), 106-117. doi: 10.1080/13607860802591054

- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x
- Silva, N., Crespo, C., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2015). Mapping the caregiving process in paediatric asthma: Parental burden, acceptance and denial coping strategies and quality of life. *Psychology & Health*, 30(8), 949-968. doi: 10.1080/08870446.2015.1007981
- Silverberg-Koerner, S, Baete-Kenyon, D., & Shirai, Y. (2009). Caregiving for elder relatives: Which caregivers experience personal benefits/gains?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 238-245. doi: 10.1016/j.archger.2008.01.015
- Silverstein, M. (2006). Intergenerational family transfers in social context. En R. Binstock, L. George, S. Cutler, J. Hendricks & J. Schulz (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 165-180). Burlington, USA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-012088388-2/50013-4
- Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M. (2006). Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068-1084. doi: 10.1177/0192513X06288120
- Silverstein, M. & Marenco, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues*, 22(4), 493-522. doi: 10.1177/019251301022004006
- Şimşek, Ö. F. (2009). Happiness revisited: Ontological well-being as a theory-based construct of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 505-522. doi: 10.1007/s10902-008-9105-6
- Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 37-43. doi: 10.1016/S0020-7489(99)00053-X

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216–269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Smith, M. S. (1988). Research in developmental sociobiology: Parenting and family behavior. En K. B. MacDonald (Ed.), *Sociobiological Perspectives on Human Development* (pp. 271–292). New York, USA: Springer. doi: 10.1007/978-1-4612-3760-0_9
- Smith, G. C., Cichy, K. E., & Montoro-Rodríguez, J. (2015). Impact of Coping Resources on the Well-Being of Custodial Grandmothers and Grandchildren. *Family Relations*, 64(3), 378-392. doi:10.1111/fare.12121
- Smith, T. W. & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 548–568. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.548
- Smits, A., Van-Gaalen, R. I., & Mulder, C. H. (2010). Parent–child coresidence: who moves in with whom and for whose needs?. *Journal of Marriage and Family*, 72(4), 1022-1033. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00746.x
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2016). CuidadorES. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>
- Solé-Auró, A. (2016). La salud de los europeos mayores de 80 años. *Panorama Social*, 23, 43-61.
- Solís, C. V. (2009). *Culturas del cuidado en transición: espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona, España: Universidad Oberta de Catalunya (UOC).

- Sörensen, S., Webster, J. D., & Roggman, L. A. (2002). Adult attachment and preparing to provide care for older relatives. *Attachment & Human Development*, 4(1), 84-106. doi: 10.1080/14616730210123102
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. doi: 10.1073/pnas.1219686110
- Step toe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593-611. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00086-6
- Strauss, J. R. (2013). Caregiving for parents and in-laws: commonalities and differences. *Journal of Gerontological Social Work*, 56, 49-66. doi:10.1080/01634372.2012.728185
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). New burdens or more of the same? Comparing grandparent, spouse, and adult-child caregivers. *The Gerontologist*, 37(4), 505-510. doi: 10.1093/geront/37.4.505
- Suitor, J. J., & Pillemer, K. (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journal of Gerontology*, 48, 1-8. doi:10.1093/geronj/48.1.S1
- Suitor, J. J., Pillemer, K., & Sechrist, J. (2006). Within-family differences in mothers' support to adult children. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 10-17. doi: 10.1093/geronb/61.1.S10
- Suitor, J. J., Sechrist, J., Gilligan, M., & Pillemer, K. (2011). Intergenerational relations in later-life families. En R. Settersten & J. Angel (Eds.), *Handbook of Sociology*

- of Aging (pp. 161-178). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-7374-0_11
- Suls, J., Green, P. J., & Hillis, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 127–136. doi: 10.1177/0146167298242002
- Swartz, T. T. (2009). Intergenerational family relations in adulthood: Patterns, variations, and implications in the contemporary United States. *Annual Review of Sociology*, 35, 191-212. doi: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134615
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA, USA: Thomson/Brooks/Cole.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life. *Psychogeriatrics*, 11, 98-104. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00354.x
- Taft, C. T., Resick, P. A., Panuzio, J., Vogt, D. S., & Mechannic, M. B. (2007). Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims*, 22, 3-17.
- Tarrant, A. (2010). Constructing a social geography of grandparenthood: A new focus for intergenerationality. *Area*, 42, 190-197. doi: 10.1111/j.1475-4762.2009.00920.x
- Thiele, D. M. & Whelan, T. A. (2006). The nature and dimensions of the grandparent role. *Marriage and Family Review*, 40(1), 93-108. doi: 10.1300/J002v40n01_06
- Thiele, D. M. & Whelan, T. A. (2008). The relationship between grandparent satisfaction, meaning, and generativity. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66(1), 21-48. doi: 10.2190/AG.66.1.b

- Thomas, J. L. (1990). The grandparent role: A double bind. *The International Journal of Aging and Human Development*, 31(3), 169-177. doi: 10.2190/80J9-FGK7-2966-QHCB
- Tjiroze, M. (2013). *Distress and coping in adult family caregivers of cancer patients in Namibia* (Tesis doctoral), University of Namibia, Windhoek. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11070/770>
- Tobío, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 17.
- Tobío, C., Agulló-Tomás, M. S., Gómez, M. V., Palomo, M., & Teresa, M. (2010). *El cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales número 28. Madrid, España: Fundación "La Caixa". Recuperado de https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol28_completo_es.pdf
- Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non-caregivers. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(8), 3429-3440. doi: 10.1590/1413-81232014198.13952013
- Torns, T., Borrás, V., Moreno, S., & Recio, C. (2012). El trabajo de cuidados: Un camino para repensar el bienestar. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 119, 93-101.
- Trapp, S. K., Perrin, P. B., Aggarwal, R., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Peña, L. A., et al. (2015). Personal strengths and health related quality of life in dementia caregivers from Latin America. *Behavioural Neurology*, 2015, 1-8. doi: 10.1155/2015/507196
- Treas, J. & Marcum, C.S. (2011). Diversity and Family Relations in an Aging Society. En R.A. Settersten & J.L. Angel (Eds.), *Handbook of Sociology of Aging* (pp.131-41). New York: Springer.

- Troll, L. E. (1985). The contingencies of grandparenting. En V. L. Bengtson & J. F. Robertson (Eds.), *Grandparenthood* (pp. 135-149). London, England: Sage Publications.
- Troll, L. E. & Fingerman, K. L. (1996). Connections between parents and their adult children. En C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 185-205). San Diego, USA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-012464995-8/50012-1
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., & Engedal, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 405-412. doi: 10.1016/j.rbp.2012.02.006
- Tsai, F. J., Motamed, S., & Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan. *BMC Public Health*, 13(1), 567-576. doi: 10.1186/1471-2458-13-567
- Tugade, M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4, 129-160. doi: 10.26439/persona2001.n004.817
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390). Recuperado de http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

- Van-Bavel, J. & De-Winter, T. (2013). Becoming a grandparent and early retirement in Europe. *European Sociological Review*, 29(6), 1295-1308. doi: 10.1093/esr/jct005
- Van-Campen, C., De-Boer, A. H., & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 44-50. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x
- Vandell, D.L., McCartney, K., Owen, M.T., Booth, C., & Clarke-Stewart, A. (2003). Variations in child care by grandparents during the first three years. *Journal of Marriage and Family*, 65, 375-381. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00375.x
- Van-den-Berg, B., Fiebig, D. G., & Hall, J. (2014). Well-being losses due to caregiving. *Journal of Health Economics*, 35, 123-131. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.01.008
- Van-Gaalen, R. I., Dykstra, P. A., & Komter, A. E. (2010). Where is the exit? Intergenerational ambivalence and relationship quality in high contact ties. *Journal of Aging Studies*, 24(2), 105-114. doi: 10.1016/j.jaging.2008.10.006
- Van-Houtven, C. H., Coe, N. B., & Skira, M. M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, 32(1), 240-252. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.10.006
- Van-Rooy, D. L. & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 71-95. doi: 10.1016/S0001-8791(03)00076-9
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., & Wilson, M. (2017). Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: a qualitative investigation. *Frontiers in Psychology*, 8, 585-593. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00585

- Velasco, C., Campos, M., Iraurgi, J., & Páez, D. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Vicente-Sánchez, M. P., Macías-Saint-Gerons, D., González-Bermejo, D., Montero-Corominas, D., Catalá-López, F., & de-la-Fuente-Honrubia, C. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 247-255.
- Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Villalba, C. (2006). *El enfoque de resiliencia en trabajo social. Acciones e Investigaciones Sociales*, 1(Número Extra.), 466-486.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, 13, 13-16. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01301004.x
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946
- Von-Känel, R., Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Aschbacher, K., Mills, P. J., Ziegler, M. G. et al. (2008). Increased Framingham Coronary Heart Disease Risk Score in dementia caregivers relative to non-caregiving controls. *Gerontology*, 54(3), 131-137. doi: 10.1159/000113649
- Waldrop, D. & Weber, J. (2001). From grandparent to caregiver: The stress and satisfaction of raising grandchildren. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82(5), 461-472. doi:10.1606/1044-3894.177
- Wallace-Williams, S., Dilworth-Anderson, P., & Goodwin, P. Y. (2003). Caregiver role strain: The contribution of multiple roles and available resources in African-

- American women. *Aging & Mental Health*, 7(2), 103-112. doi: 10.1080/1360786031000072312
- Wang, H., Dwyer-Lindgren, L., Lofgren, K. T., Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Levin-Rector, A., Levitz, C. E., et al. (2012). Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2071-2094. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61719-X
- Wang, Y. N., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., & Yang, P. S. (2011). Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 829-840. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05505.x
- Warelow, P. J. (1996). Is caring the ethical ideal?. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 655-661. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.02391.x
- Watkins, P. C., Scheer, J., Ovnicsek, M., & Kolts, R. (2006). The debt of gratitude: dissociating gratitude and indebtedness. *Cognition and Emotion*, 20, 217–241. doi: 10.1080/02699930500172291
- Watson, J. (2001). Postmodern Nursing and Beyond. En N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession. Tomorrow and beyond*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M., & Petrides, K. V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: the role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1201-1209. doi: 10.1017/S1041610214000404
- Wen, M. & Gu, D. (2012). Air pollution shortens life expectancy and health expectancy for older adults: The case of china. *The Journals of Gerontology: Series A*, 67(11), 1219-1229. doi: 10.1093/gerona/gls094
- Whitbourne, S. K. & Whitbourne, S. B. (2012). Demography of Aging. En S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of*

- Adulthood and Aging*. Oxford, England: Wiley-Blackwell.
doi:10.1002/9781118392966.ch2
- Whittingham, K., Wee, D., Sanders, M. R., & Boyd, R. (2013). Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 39, 366-373. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01396.x
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *The Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Wiemers, E. E. & Bianchi, S. M. (2015). Competing demands from aging parents and adult children in two cohorts of American women. *Population and Development Review*, 41(1), 127-146. doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00029.x
- Wiles, J. (2005). Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology. *Journal of Clinical Nursing*, 14(Supl. 2), 100-108. doi: /10.1111/j.1365-2702.2005.01281.x
- Williams, C. (2004). The sandwich generation. *Perspectives on Labour and Income*, 16, 7-14.
- Williams, K. L., Morrison, V., & Robinson, C. A. (2014). Exploring caregiving experiences: caregiver coping and making sense of illness. *Aging & Mental Health*, 18(5), 600-609. doi: 10.1080/13607863.2013.860425
- Wolfs, C. A., Kessels, A., Severens, J. L., Brouwer, W., de Vugt, M. E., Verhey, F. R., & Dirksen, C. D. (2012). Predictive factors for the objective burden of informal care in people with dementia: a systematic review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(3), 197-204. doi: 10.1097/WAD.0b013e31823a6108

- World Health Organization. (1948). *The constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <http://dl4a.org/uploads/pdf/constitution-en.pdf>
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Xu, L. & Chi, I. (2018). Determinants of support exchange between grandparents and grandchildren in rural China. The roles of grandparent caregiving, patrilineal heritage, and emotional bonds. *Journal of Family Issues*, 39(3), 579-601. doi:10.1177/0192513X16662102
- Yamamoto, Y. (2013). Allostasis, allostatic load. En M. D. Gellman, J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 140-141). New York: Springer.
- Yates, M. E., Tennstedt, S. L., & Chang, B. H. (1999). Contributions to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(1), 12-22. doi: 10.1093/geronb/54B.1.P12
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers a review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164. doi: 10.1093/geront/40.2.147
- Zacarés, J. J. & Serra, E. (2011). Explorando el territorio del desarrollo adulto: la clave de la generatividad. *Cultura y Educación*, 23(1), 75-88. doi: 10.1174/113564011794728533

- Zagorski, L. (2013). Dispositional optimism. En M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 607-607). New York, USA: Springer.
- Zarit, S. H. & Eggebeen, D. J. (2002). Parent-child relationships in adulthood and later years. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (pp. 135–161). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum.
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 650-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2001). Slow down, you move too fast: Emotional intelligence remains an "elusive" intelligence. *Emotion*, 1(3), 265-275. doi: 10.1037/1528-3542.1.3.265
- Železná, L. (2018). Caregiving to grandchildren and elderly parents: role conflict or family solidarity?. *Ageing & Society*, 38, 974-994. doi: 10.1017/S0144686X16001434
- Zohar, D. & Brandt, Y. (2002). Relationships between appraisal factors during stressful encounters: A test of alternative models. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 149-161. doi: 10.1080/10615800290028459
- Zueras, P., Spijker, J., & Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53, 66-72. doi: 10.1016/j.regg.2017.07.004

APÉNDICE A

Cuestionario:

Preguntas Sociodemográficas:

En primer lugar, me gustaría saber algunas cuestiones (o “datos sociodemográficos”) generales sobre usted:

1. *SG01*. Estado civil:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soltera, sin pareja | <input type="checkbox"/> Separada/divorciada, sin pareja |
| <input type="checkbox"/> Soltera, con pareja | <input type="checkbox"/> Separada/divorciada, con pareja |
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Viuda, sin pareja |
| <input type="checkbox"/> Casada tras separación | <input type="checkbox"/> Viuda, con pareja |
| <input type="checkbox"/> Casada tras viudedad | |

2. *SG02*. Nivel educativo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Bachillerato |
| <input type="checkbox"/> Estudios primarios | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios |
| <input type="checkbox"/> FP o equivalente | |

3. *SG03.a*. Situación laboral:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabaja. <i>SG03.b</i> . Puesto: _____ | <input type="checkbox"/> Parada |
| <input type="checkbox"/> Jubilada | <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado |
| <input type="checkbox"/> Pensionista | <input type="checkbox"/> Otra |

4. *NA01.a*. El domicilio donde Ud. reside habitualmente es...?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> De su propiedad (o de su cónyuge) | <input type="checkbox"/> <i>NA01.b</i> . Otra situación ¿cuál? |
| <input type="checkbox"/> Alquilado por Ud. (o su cónyuge) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alquilado por algún hijo o familiar | |
| <input type="checkbox"/> Propiedad de algún hijo o familiar | |

5. *FAC01*. N° personas que viven actualmente en el hogar: _____

5a. En caso de vivir sola:

5a1. *FAC02.a* y *FAC02.b*: Desde cuándo: _____

5a2. *FAC03*: Con respecto a vivir sola usted...?:

- ☐ Lo prefiere
- ☐ Las circunstancias le han obligado, pero se ha adaptado
- ☐ Le gustaría vivir con hijos u otros familiares

5b. Con respecto a ellos, podría decirme

	Edad	Género		Parentesco / relación									
		HOMBRE	MUJER	Espos/a o Compañero/a	Padre / Madre	Suegro / a	Hijo/Hija	Nuera / Yerno	Nieto/a	Hermano/ Hermana	Otro Familiar	Otras Personas	
Miembro 1	FACM01.a	FACM01.b		FACM01.c									
Miembro 2	FACM02.a	FACM02.b		FACM02.c									
Miembro 3	FACM03.a	FACM03.b		FACM03.c									
Miembro 4	FACM04.a	FACM04.b		FACM04.c									
Miembro 5	FACM05.a	FACM05.b		FACM05.c									
Miembro 6	FACM06.a	FACM06.b		FACM06.c									

Preguntas sobre los principios, los valores familiares y los cuidados:

Como sabrá, cada persona tiene sus propias creencias y su forma de entender el mundo. La importancia que se le da a las cosas varía de una persona a otra, así como las ideas sobre lo que es bueno o malo. A continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con estas cuestiones. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, sino diferentes posiciones personales.

6. En este momento y de entre las siguientes cuestiones, ¿podría indicarme cuáles serían para usted las 3 más importantes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La salud (V01.a) | <input type="checkbox"/> La amistad (V01.f) |
| <input type="checkbox"/> El trabajo (V01.b) | <input type="checkbox"/> La religión o espiritualidad (V01.g) |
| <input type="checkbox"/> El amor (V01.c) | <input type="checkbox"/> El dinero (V01.h) |
| <input type="checkbox"/> La familia (V01.d) | <input type="checkbox"/> La sexualidad (V01.i) |
| <input type="checkbox"/> Los ideales (V01.e) | |

7. V02. Como usted sabe, existen personas mayores que se encuentran en una situación de dependencia y necesitan cuidados permanentes. En relación a esto, ¿podría usted decirme con cuál de estas frases está más de acuerdo?:

- ☐ “Las administraciones públicas deberían de hacerse cargo de todo el cuidado”
- ☐ “Las administraciones públicas deberían asumir el cuidado principal, aunque la familia debería de participar”
- ☐ “La familia debería asumir el cuidado principal, aunque las administraciones públicas deberían de participar”
- ☐ “Las familias deberían de asumir todo el cuidado”
- ☐ “Al 50%”

8. *V03a.* ¿Cuál de las siguientes afirmaciones recoge mejor cuál es su propia opinión sobre quién es preferible que esté al cuidado de las personas mayores?

- ☐ Es preferible que sean los hombres.
- ☐ Es preferible que sean las mujeres.
- ☐ Pueden cuidar igual los hombres que las mujeres.
- ☐ Es preferible que las mujeres cuiden de las ancianas y los hombres de los ancianos.

9. Voy a mostrarle una lista de cualidades que con frecuencia los padres tratan de inculcar a sus hijos. ¿Cuáles son aquellas 3 que usted considera más importantes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Honradez (<i>V04.a</i>) | <input type="checkbox"/> Generosidad (<i>V04.g</i>) |
| <input type="checkbox"/> Independencia (<i>V04.b</i>) | <input type="checkbox"/> Religiosidad / espiritualidad (<i>V04.h</i>) |
| <input type="checkbox"/> Laboriosidad (<i>V04.c</i>) | <input type="checkbox"/> Obediencia (<i>V04.i</i>) |
| <input type="checkbox"/> Sentido de responsabilidad (<i>V04.d</i>) | <input type="checkbox"/> Sentido del humor (<i>V04.j</i>) |
| <input type="checkbox"/> Paciencia (<i>V04.e</i>) | <input type="checkbox"/> Sentido de la justicia (<i>V04.k</i>) |
| <input type="checkbox"/> Tolerancia y respeto a los demás (<i>V04.f</i>) | <input type="checkbox"/> Lealtad (<i>V04.l</i>) |

10. *V05.* ¿Con cuál de estas dos frases está usted más de acuerdo?:

- ☐ Hay que respetar siempre los padres, independientemente de su comportamiento
- ☐ Sólo hay que respetar a los padres cuando demuestran con su comportamiento que se lo merecen

11. *V06.* ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su propio punto de vista con respecto a la responsabilidad de los padres hacia sus hijos?

- ☐ El deber de los padres es hacer todo lo posible por sus hijos, incluso sacrificando su propio bienestar
- ☐ Los padres tienen su propia vida y no se les puede exigir que sacrifiquen su propio bienestar a causa de los hijos
- ☐ Ninguna de las dos frases anteriores

12. V03.b Le voy a leer una frase y usted me indica si está “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” ó “De acuerdo”:

	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
<i>“Los hombres están peor dotados que las mujeres para el cuidado de los niños, los enfermos y los ancianos”</i>			

Preguntas acerca de hábitos de vida:

Las siguientes preguntas están relacionadas con su salud y sus hábitos de vida: dieta, ejercicio físico, sueño... Por favor conteste sinceramente y tenga en cuenta que esta información no se utilizará para otros fines distintos a la de esta investigación.

13. HV01. ¿Cuánto pesa? _____ Kg

14. HV02. ¿Cuánto mide? _____ M

15. HV03. En la última semana, ¿Ha comido menos de lo normal, por falta de apetito? ¿Ha tenido que forzarse para comer?

☐ Sí

☐ No

16. HV04. En la última semana, ¿Ha comido más de lo normal por exceso de apetito?

☐ Sí

☐ No

17. HV05. ¿Ha tenido usted alguna dificultad para conciliar el sueño, o se despierta fácilmente, en la última semana?

☐ Sí

☐ No

18. HV06.a. ¿Toma usted algún medicamento para dormir?

☐ Sí

☐ No

HV06.b Cuál: _____

18b. HV06.c (Si la respuesta es afirmativa) ¿Con qué frecuencia?

☐ Ocasionalmente (menos de 1 vez al mes)

☐ Mensual (1 vez al mes o más).

☐ Semanal (de 1 a 3 veces por semana).

☐ Casi a diario (de 4 a 6 veces por semana)

☐ Diaria.

19. HV07. Independientemente de las horas que duerme, ¿se despierta Vd. descansada, tiene un sueño reparador?

☐ Sí

☐ No

20. HV08.a ¿Y para relajarse, toma algún medicamento (o sustancia natural)?

☐ Sí

☐ No

20a. HV08.b Nombre Med: _____

20b. HV08.c Nombre Sust: _____

20c. (Si la respuesta es afirmativa) ¿ Con qué frecuencia ?

	Medicación HV08.c	Sustancia Natural HV08.d
Ocasionalmente (menos de 1 vez al mes)		
Mensual (1 vez al mes)		
Semanal (de 1 a 3 veces por semana)		
Casi a diario (de 4 a 6 veces por semana)		
Diaria		
Varias veces al día		

21. ¿Con qué frecuencia consume usted alguna de las siguientes sustancias?

	Tabaco (HV09.a)	Alcohol (incluyendo vino o cerveza) (HV09.b)	Consume por su cuenta medicamentos que necesitan receta médica (HV09.c)	Algún tipo de droga (HV09.d) ¿Cuál? (HV09.e) _____	Juega a juegos de azar (lotería, bingo, cupones) (HV09f)
Nunca					
Ocasional					
Mensual					
Semanal (de 1 a 3 veces)					
Casi diario (de 4 a 6 veces)					
1 vez al día					
Varias veces al día					

22. HV10. ¿Podría indicarme con cuánta frecuencia hace algún tipo de ejercicio físico o deporte?

¿Se considera una persona físicamente activa...?

- ☐ Nivel I - Sedentaria. 4-6 Mets (3.5 mL/ Kg O₂): Personas sedentarias, con muy baja capacidad física. Se incluyen las personas obesas, y con otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia) secundario al sedentarismo y sobrepeso. Pueden tener frecuentemente artrosis de rodillas o caderas, u otras limitaciones para realizar ejercicio físico, siendo el dolor del aparato locomotor una causa de rechazo del ejercicio. También se incluyen personas sin sobrepeso pero con bajo desarrollo muscular debido a su sedentarismo.
- ☐ Nivel II – Moderadamente Activa. 7-9 Mets (3.5 mL/ Kg O₂): Personas que llevan una vida moderadamente activa (caminan algo o tienen un trabajo moderadamente activo), pero que no realizan ejercicio o deporte de forma reglada y regular. En este grupo también se suelen incluir personas con sobrepeso moderado, y con molestias del aparato locomotor de grado medio. Pueden tener factores de riesgo cardiovascular leves o transitorios (hipertensión arterial e hipercolesterolemia) de forma subclínica (mayor riesgo por falta de mentalización del problema) y ser fumadores.
- ☐ Nivel III – Regularmente Activa. 10-12 Mets (3.5 mL/ Kg O₂): Camina diariamente 60 minutos o más, hace regularmente ejercicio programado (3-5 días en semana), y/o su trabajo requiere una actividad física moderadamente vigorosa. Sus problemas de salud se relacionan con sobrecargas musculares por sobresolicitación o por desequilibrios entre grupos musculares antagonistas. No tienen factores de riesgo, ni sobrepeso.

☐ Nivel IV – Muy Activa. 13 Mets (3.5 mL/ Kg O₂): Hace ejercicio físico programado 5 ó más días a la semana, y compite, además de llevar una vida activa (camina, escaleras, etc.), o tiene un trabajo que requiere una actividad física muy vigorosa. Sus alteraciones están relacionadas el sobreesfuerzo, y con sobrecargas musculares específicas por sobresolicitación de los músculos específicos de su deporte, siendo su mayor riesgo las alteraciones subsecuentes al síndrome de fatiga crónica.

23. También me gustaría que me contara cómo ocupa su tiempo libre. En general, ¿en qué tipo de actividades suele emplearlo (mínimo 3 actividades)? ¿Y cuánto tiempo le dedica a cada una (frecuencia ocasional, mensual, semanal (de 1 a 3 veces), casi diario (de 4 a 6 veces), una vez al día, varias veces al día).

Actividades :

Tiempo Dedicado (HV12a-x):

En casa:

- ☐ Estar con la familia (HV11.a)
- ☐ Ver la televisión (HV11.b)
- ☐ Escuchar música, oír la radio (HV11.c)
- ☐ Leer libros, revistas (HV11.d)
- ☐ Ocuparse del jardín, de plantas o de animales (HV11.e)

- ☐ Restaurar muebles, costura, modelismo, marquetería (HV11.f)
- ☐ Hacer puzles, pasatiempos, coleccionismos (HV11.g)
- ☐ Pintar, escribir, tocar algún instrumento, hacer fotografías (HV11.h)
- ☐ Ejercicios de meditación o relajación (HV11.i)
- ☐ Rezar (HV11.j)
- ☐ Ocio digital (ordenador, Internet...) (HV11.k)

Fuera de casa:

- ☐ Salir con amigos o amigas (HV11.l)
- ☐ Pasear (HV11.m)
- ☐ Ir al campo o de excursión (HV11.n)
- ☐ Practicar algún deporte o gimnasia (HV11.o)
- ☐ Ir de compras (no compra doméstica) (HV11.p)
- ☐ Ir a bailar y/o cantar (HV11.q)
- ☐ Jugar a juegos de mesa (HV11.r)
- ☐ Ir a la Iglesia o a la parroquia (HV11.s)
- ☐ Ir a algún club o grupo cultural, una asociación (HV11.t)
- ☐ Ir a un centro de formación / educación (HV11.u)
- ☐ Asistir a actos culturales (cine, exposiciones, conciertos, teatro) (HV11.v)
- ☐ Voluntariado o participar en un partido político, organización sindical... (HV11.x)

Salud y otras variables de ajuste:

Ahora voy a continuar preguntándole acerca de su salud y otros aspectos relacionados con su bienestar, tanto físico como emocional:

24. *SAL01*. ¿Con qué frecuencia visita al médico de urgencias o de cabecera para consultas o revisiones, no para recetas o tomar la tensión?

- ☐ No he ido en los últimos meses
- ☐ Una o más veces al mes
- ☐ Una o más veces a la semana

25. *SAL02.a* ¿Padece Vd. alguna enfermedad que requiera atención médica o tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

Cuál/es. *SAL02.b* (cardopatía/trastorno psiquiátrico) _____

26. *SAL03*. ¿Ha tenido alguna hospitalización o intervención quirúrgica en el último año?

- ☐ No, ninguna
- ☐ Hospitalización
- ☐ Intervención quirúrgica
- ☐ Pendiente de intervención
- ☐ Sí, ambas

27. En una escala del 1 al 5, siendo “1” el valor más bajo, y “5”, el valor más alto...

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (CAV01)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	Muy insatisfecha	Poco	Lo normal	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
¿Cuán satisfecha está con su salud? (SAL04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Desde “nada” hasta “extremadamente”...:

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? (SAL05.a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? (SAL05.b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto disfruta de la vida? (SAL06.a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? (SAL06.b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es su capacidad de concentración? (SAL06.c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28a. Desde “nada” a “totalmente”...

	Nada	Un poco	Moderada	Bastante	Totalmente
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? (SAL05.c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es capaz de aceptar su apariencia física? (SAL06.f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
Dentro del hogar (SAL05.d)/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuera del hogar (SAL05.e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 b. Desde “muy insatisfecha” hasta “muy satisfecha”...

	Muy insatisfecha	Poco	Lo normal	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
¿Cuán satisfecha está con su sueño? (SAL05.f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecha está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? (SAL05.g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecha está con su capacidad de trabajo? (SAL05.h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecha está de sí misma? (SAL06.d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 c. Desde “nunca” hasta “siempre”...:

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? (SAL06.e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Voy a leerle cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una. Totalmente en desacuerdo = 1, Bastante en desacuerdo = 2, Algo en desacuerdo = 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4, Algo de acuerdo = 5 Bastante de acuerdo = 6; Totalmente de acuerdo = 7

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal (FEL01.a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Mis condiciones de vida son excelentes (FEL01.b)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Estoy completamente satisfecha con mi vida (FEL01.c)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida (FEL01.d)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida (FEL01.e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estrés, afrontamiento y apoyo social:

Las siguientes preguntas están relacionadas con los problemas o situaciones difíciles de la vida a las que podemos enfrentarnos. No hay respuestas buenas ni malas, cada persona es diferente.

30. En primer lugar, le voy a indicar algunas preguntas sobre sus pensamientos durante EL ÚLTIMO MES. Responda por favor indicando la respuesta que mejor se ajuste a sus pensamientos. Lo más adecuado es responder sin pensar demasiado, teniendo en cuenta las siguientes cuatro opciones (0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: De vez en cuando; 3: A menudo; 4: Muy a menudo).

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? (ETR01)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? (ETR02)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? (ETR03)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? (ETR04)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

31. A continuación voy a indicarle una serie de frases. Indíqueme por favor si le suceden mucho menos de lo que desea, menos de lo que desea, ni mucho ni poco, casi como desea o tanto como desea):

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibe visitas de mis amigos y familiares (APY01)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa (APY02)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien su trabajo (APY03)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede (APY04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe amor y afecto (APY05)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o en la casa (APY06)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares (APY07)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos (APY08)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas (APY09)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida (APY10)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe ayuda cuando está enferma en la cama (APY11)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, relacionadas con los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Indique su propia forma de enfrentarse a los problemas, teniendo en cuenta que 0 equivale a “nunca”, 1 equivale a “a veces”, 2 equivale a “con frecuencia”, y 3 a “siempre”.

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer (AFR01)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy (AFR02)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Acepto la realidad de lo que ha sucedido (AFR03)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente (AFR04)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Me digo a mí misma "esto no es real" (AFR05)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Intento proponer una estrategia sobre qué hacer (AFR06)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hago bromas sobre ello (AFR07)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Me critico a mí misma (AFR08)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Consigo apoyo emocional de otros (AFR09)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tomo medidas para intentar que la situación mejore (AFR010)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Renuncio a intentar ocuparme de ello (AFR11)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables (AFR12)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Me niego a creer que haya sucedido (AFR13)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo (AFR14)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor (AFR15)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales (AFR16)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Consigo el consuelo y la comprensión de alguien (AFR17)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Busco algo bueno en lo que está sucediendo (AFR18)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Me río de la situación (AFR19)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Rezo o medito (AFR20)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Aprendo a vivir con ello (AFR21)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión (AFR22)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Expreso mis sentimientos negativos (AFR23)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo (AFR24)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Renuncio al intento de hacer frente al problema (AFR25)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir (AFR26)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Me echo la culpa de lo que ha sucedido (AFR27)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen (AFR28)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

33. ¿Podría indicarme en qué medida las siguientes frases le describen, expresando su grado de acuerdo, de 0 a 4, siendo “0” = a “totalmente en desacuerdo” y 4 = a “totalmente de acuerdo”?:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor (OPT01)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy segura de que me pasará (OPT02)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro (OPT03)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera (OPT04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas (OPT05)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas (OPT06)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. A continuación voy a leerle una serie de enunciados breves con los que podrá describirse a sí misma indicando en qué medida es verdadero cada uno de estos enunciados respecto su modo de ser, es decir, cómo se siente, piensa o actúa la mayor parte del tiempo, y en la mayor parte de las situaciones. A cada enunciado le siguen cinco respuestas posibles. Esto es verdad en mí: 1- Casi nunca 2- Pocas veces 3- A veces 4- Con frecuencia 5- Con mucha frecuencia. Responda abierta y sinceramente, indicando cómo es Ud. realmente, y no como desearía ser, o cómo desearía ser visto por los otros.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
Sé cómo manejar los problemas más preocupantes (CE01)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tengo problemas para controlar mi enojo (CE02)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me resulta difícil comenzar cosas nuevas (CE03)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Creo que puedo mantener las situaciones difíciles bajo control (CE04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme (CE05)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En general, me resulta difícil hacer cambios (CE06)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Puedo manejar las situaciones estresantes sin ponerme demasiado nerviosa (CE07)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mi impulsividad me crea problemas (CE08)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
Me resulta muy difícil cambiar de opinión acerca de las cosas (CE09)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
No resisto bien las situaciones estresantes (CE10)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
La gente me dice que baje la voz cuando intervengo en alguna discusión (CE11)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas (CE12)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad (CE13)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Soy impaciente (CE14)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Puedo cambiar viejos hábitos (CE15)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sé cómo mantenerme en calma en las situaciones difíciles (CE16)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tengo fuertes impulsos que son difíciles de controlar (CE17)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En general, me resulta difícil hacer cambios en mi vida diaria (CE18)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables (CE19)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Soy impulsiva (CE20)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me resulta difícil cambiar mis costumbres (CE21)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles (CE22)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
Tengo mal carácter (CE23)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Suelo ponerme ansiosa (CE24)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tengo tendencia a tener estallidos de cólera con mucha facilidad (CE25)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me resultaría difícil readaptarme si me viera obligada a dejar mi casa (CE26)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Preguntas de ideas, preocupaciones y expectativas con respecto a la vejez:

A continuación me gustaría saber algunas cuestiones relacionadas con sus preferencias, preocupaciones y expectativas con respecto a su propia vejez.

35. EXP01. ¿En qué medida le preocupa su propia vejez?

- ☐ Poco o nada.
- ☐ Me preocupa relativamente.
- ☐ Mucho.

35a. (En caso de que le preocupe relativamente o mucho), ¿Por qué motivo? (Máximo tres):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Por el deterioro físico (EXP02.a) | <input type="checkbox"/> Por sentirse inútil (EXP02.f) |
| <input type="checkbox"/> Por la pérdida de la salud (EXP02.b) | <input type="checkbox"/> Por no poder valirme por sí misma (EXP02.g) |
| <input type="checkbox"/> Por la soledad (EXP02.c) | <input type="checkbox"/> Por no tener dinero o tener menos que ahora (EXP02.h) |
| <input type="checkbox"/> Por la pérdida de memoria (EXP02.d) | <input type="checkbox"/> Por el miedo a pedir ayuda (EXP02.i) |
| <input type="checkbox"/> Por la tristeza de perder amigos y familiares (EXP02.e) | |

36. ¿Dónde le gustaría vivir los últimos años de su vida? (EXP03.a)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En su casa. | <input type="checkbox"/> En una residencia o institución |
| <input type="checkbox"/> En casa de algún familiar | para personas mayores. |
| <input type="checkbox"/> En un apartamento para personas
mayores | <input type="checkbox"/> Otro (EXP03.b):
_____ |

37. En caso de necesitarlo, ¿Quién le gustaría que le cuidase en los últimos años de su vida?
(EXP04.a)

- ☐ Cuidados profesionales
- ☐ Cuidados familiares. Especificar quién (EXP04.b):

- ☐ Cuidados combinados. Especificar cuáles (EXP04.c): _____

38. Y realmente, ¿Dónde cree que es más probable que viva los últimos años de su vida? (EXP05.a)

- ☐ En su casa
- ☐ En casa de algún familiar
- ☐ En un apartamento para personas mayores
- ☐ En una residencia o institución para personas mayores

39. Y realmente, ¿Quién cree más probable que le cuide durante los últimos años de su vida, en caso de necesitarlo? (EXP05.b)

- ☐ Cuidados profesionales.
- ☐ Cuidados familiares. Especificar quién (EXP05.c) : _____
- ☐ Cuidados combinados. Especificar cuáles (EXP05.d): _____

40. ¿Podría decirme en qué intervalo estarían comprendidos los ingresos mensuales medios de su hogar? (NA02)

- ☐ Menos de 1.100 € al mes
- ☐ De 1.101 a 1.800 €
- ☐ De 1.801 a 2.700 €
- ☐ De 2.701 a 3.900 €
- ☐ Más de 3.900 € al mes

41. ¿Quién es la persona que aporta más ingresos económicos al hogar? (NA03.a):

- ☐ La persona entrevistada.
- ☐ Su pareja, compañero/a
- ☐ Otra persona (NA03.b): _____
- ☐ La persona entrevistada y otra (NA03.c): _____ a partes iguales

42. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál diría Ud. que describe mejor la situación económica de su hogar? (NA04):

- ☐ Le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que han tenido que contraer deudas
- ☐ Le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que han tenido que echar mano de sus ahorros
- ☐ Llega justo a final de mes
- ☐ Ahorra un poco de dinero cada mes
- ☐ Ahorra bastante dinero cada mes

43. ¿Ha sufrido recientemente (menos de 2 años) la muerte de un familiar cercano o persona a la que se sintiera especialmente unida? (DUE01)

- ☐ Sí ☐ No

43a. ¿Quién era? (DUE02): _____

43b. ¿Lo cuidó usted? (DUE03):

- ☐ No
- ☐ Sí, Ocasionalmente
- ☐ Sí, Por temporadas o por turnos
- ☐ Sí, Permanentemente

43c. ¿Durante cuánto tiempo? (DUE04):

- ☐ Menos de un año
- ☐ De uno a tres años
- ☐ Más de tres años

Preguntas acerca de la familia y las relaciones familiares:

A continuación voy a comenzar con algunas preguntas acerca de su familia y sus relaciones familiares.

44. Antes de nada, me gustaría saber, de estos familiares cercanos, ¿cuántos tiene Ud.?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Padre (FA01.a): (si fallecido, indicar hace cuántos años) (FA01.b): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Madre: (FA02.a): (si fallecida, indicar hace cuántos años) (FA02.b): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge (FA03.a): (si fallecido o separado, indicar hace cuántos años): (FA03.b): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hijos varones (FA04.a): _____ | <input type="checkbox"/> Hermanas mujeres (FA07.a): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijas mujeres (FA05.a): _____ | <input type="checkbox"/> Nieto/s varones (FA08.a): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hermanos varones (FA06.a): _____ | <input type="checkbox"/> Nieta/s niñas (FA09.a): _____ |

Otros relevantes, con los que tenga contacto frecuente (suegros, cuñados...):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suegro (FA10.a) | <input type="checkbox"/> Prima/s (FA19.a) |
| <input type="checkbox"/> Suegra (FA11.a) | <input type="checkbox"/> Tío/s (FA20.a) |
| <input type="checkbox"/> Yerno/s (FA12.a) | <input type="checkbox"/> Tía/s (FA21.a) |
| <input type="checkbox"/> Nuera/s (FA13.a) | <input type="checkbox"/> Vecino/s (FA22.a) |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a s (FA14.a) | <input type="checkbox"/> Vecina/s (FA23.a) |
| <input type="checkbox"/> Cuñada/s (FA15.a) | <input type="checkbox"/> Amigo/s (FA24.a) |
| <input type="checkbox"/> Sobrino/s (FA16.a) | <input type="checkbox"/> Amiga/s (FA25.a) |
| <input type="checkbox"/> Sobrina/s (FA17.a) | <input type="checkbox"/> Otro (FA26.a): _____ |
| <input type="checkbox"/> Primo/s (FA18.a) | |

Parentesco	Nº	Edad	Sexo	Est. Civil	Nivel Edu	Contacto *C si convive (06) *I si instituc (07)	Relación	¿Cómo percibe a esta persona? (alegre, enferma y/o dependiente, egoísta, como una carga para usted, como una ayuda para usted, triste, independiente, generosa)	¿La ha ayudado económicamente en el último año? (10)		¿La ha ayudado emocionalmente (consejo, compañía, escucha) en el último mes? (13)		
									Frec	Interfiere	Tipo	Frec	Único RR
Cónyuge	-	(CYG01)	(CYG02)	(CYG03)	(CYG04)	(CYG05)	(CYG08)	(CYG09)	CYG11	CYG12	(CYG14)	(CYG15)	(CYG16)
Padre	-	(PAD01)	(PAD02)	(PAD03)	(PAD04)	(PAD05)	(PAD08)	(PAD09)	(PAD11)	(PAD012)	(PAD14)	(PAD15)	(PAD16)
Madre	-	(MAD01)	(MAD02)	(MAD03)	(MAD04)	(MAD05)	(MAD08)	(MAD09)	(MAD11)	(MAD012)	(MAD14)	(MAD15)	(MAD16)

Parentesco	Nº	Edad	Sexo	Est. Civil	Nivel Edu	Contacto *C si convive (06) *I si instituc (07)	Relación	¿Cómo percibe a esta persona? (alegre, enferma y/o dependiente, egoísta, como una carga para usted, como una ayuda para usted, triste, independiente, generosa)	¿La ha ayudado económicamente en el último año? (10)		¿La ha ayudado emocionalmente (consejo, compañía, escucha) en el último mes? (13)		
									Frec	Interfiere	Tipo	Frec	Único RR
Hermanos/as	1	HER01.a	HER01.b	HER01.c	HER01.d	HER01.e	HER01.h	HER01.i	HER01.k	HER01.1	HER01.n	HER01.o	HER01.p
	2	HER02.a	HER02.b	HER02.c	HER02.d	HER02.e	HER02.h	HER02.i	HER02.k	HER02.1	HER02.n	HER02.o	HER02.p
	3	HER03.a	HER03.b	HER03.c	HER03.d	HER03.e	HER03.h	HER03.i	HER03.k	HER03.1	HER03.n	HER03.o	HER03.p
	4	HER04.a	HER04.b	HER04.c	HER04.d	HER04.e	HER04.h	HER04.i	HER04.k	HER04.1	HER04.n	HER04.o	HER04.p
	5	HER05.a	HER05.b	HER05.c	HER05.d	HER05.e	HER05.h	HER05.i	HER05.k	HER05.1	HER05.n	HER05.o	HER05.p
	6	HER06.a	HER06.b	HER06.c	HER06.d	HER06.e	HER06.h	HER06.i	HER06.k	HER06.1	HER06.n	HER06.o	HER06.p

Parentesco	Nº	Edad	Sexo	Est. Civil	Nivel Edu	Contacto *C si convive (06) *I si instituc (07)	Relación	¿Cómo percibe a esta persona? (alegre, enferma y/o dependiente, egoísta, como una carga para usted, como una ayuda para usted, triste, independiente, generosa)	¿La ha ayudado económicamente en el último año? (10)		¿La ha ayudado emocionalmente (consejo, compañía, escucha) en el último mes? (13)		
									Frec	Interfiere	Tipo	Frec	Único RR
Hijo/as													
	1	(HJ01.a)	(HJ01.b)	(HJ01.c)	(HJ01.d)	(HJ01.e)	(HJ01.h)	(HJ01.i)	(HJ01.k)	(HJ01.l)	(HJ01.n)	(HJ01.o)	(HJ01.p)
	2	HJ02.a	(HJ02.b)	(HJ02.c)	(HJ02.d)	(HJ02.e)	(HJ02.h)	(HJ02.i)	(HJ02.k)	(HJ02.l)	(HJ02.n)	(HJ02.o)	(HJ02.p)
	3	HJ03.a	(HJ03.b)	(HJ03.c)	(HJ03.d)	(HJ03.e)	(HJ03.h)	(HJ03.i)	(HJ03.k)	(HJ03.l)	(HJ03.n)	(HJ03.o)	(HJ03.p)
	4	HJ04.a	(HJ04.b)	(HJ04.c)	(HJ04.d)	(HJ04.e)	(HJ04.h)	(HJ04.i)	(HJ04.k)	(HJ04.l)	(HJ04.n)	(HJ04.o)	(HJ04.p)
	5	HJ05.a	(HJ05.b)	(HJ05.c)	(HJ05.d)	(HJ05.e)	(HJ05.h)	(HJ05.i)	(HJ05.k)	(HJ05.l)	(HJ05.n)	(HJ05.o)	(HJ05.p)
	6	HJ06.a	(HJ06.b)	(HJ06.c)	(HJ06.d)	(HJ06.e)	(HJ06.h)	(HJ06.i)	(HJ06.k)	(HJ06.l)	(HJ06.n)	(HJ06.o)	(HJ06.p)

Parentesco	Nº	Edad	Sexo	Est. Civil	Nivel Edu	Contacto *C si convive (06) *I si instituc (07)	Relación	¿Cómo percibe a esta persona? (alegre, enferma y/o dependiente, egoísta, como una carga para usted, como una ayuda para usted, triste, independiente, generosa)	¿La ha ayudado económicamente en el último año? (10)		¿La ha ayudado emocionalmente (consejo, compañía, escucha) en el último mes? (13)		
									Frec	Interfiere	Tipo	Frec	Único RR
Otros													
RL01.q	1	RL01.a	RL01.b	RL01.c	RL01.d	RL01.e	RL01.h	RL01.i	RL01.k	RL01.l	RL01.n	RL01.o	RL01.p
RL02.q	2	RL02.a	RL02.b	RL02.c	RL02.d	RL02.e	RL02.h	RL02.i	RL02.k	RL02.l	RL02.n	RL02.o	RL02.p
RL03.q	3	RL03.a	RL03.b	RL03.c	RL03.d	RL03.e	RL03.h	RL03.i	RL03.k	RL03.l	RL03.n	RL03.o	RL03.p
RL04.q	4	RL04.a	RL04.b	RL04.c	RL04.d	RL04.e	RL04.h	RL04.i	RL04.k	RL04.l	RL04.n	RL04.o	RL04.p
RL05.q	5	RL05.a	RL05.b	RL05.c	RL05.d	RL05.e	RL05.h	RL05.i	RL05.k	RL05.l	RL05.n	RL05.o	RL05.p
RL06.q	6	RL06.a	RL06.b	RL06.c	RL06.d	RL06.e	RL06.h	RL06.i	RL06.k	RL06.l	RL06.n	RL06.o	RL06.p

Parentesco	Nº	Edad	Sexo	Contact *C si convive *I si instituc.	Relación	¿Cómo percibe a esta persona?	¿Participa en su cuidado? <i>NT01.h</i>						
							Llevarlo o recogerlo del colegio (.i)	Prepararle y/o darle la comida (.k)	Vigilarle mientras juega o duerme (.m)		Llevarlo/a al médico (.p)	Jugar o pasear con él/ella (.r)	
							Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Horas al día	Frecuencia	Frecuencia	Horas al día
Nietos/as													
	1	<i>NT01.a</i>	<i>NT01.b</i>	<i>NT01.c</i>	<i>NT01.f</i>	<i>NT01.g</i>	<i>NT01.j</i>	<i>NT01.l</i>	<i>NT01.n</i>	<i>NT01.o</i>	<i>NT01.q</i>	<i>NT01.s</i>	<i>NT01.t</i>
	2	<i>NT02.a</i>	<i>NT02.b</i>	<i>NT02.c</i>	<i>NT02.f</i>	<i>NT02.g</i>	<i>NT02.j</i>	<i>NT02.l</i>	<i>NT02.n</i>	<i>NT02.o</i>	<i>NT02.q</i>	<i>NT02.s</i>	<i>NT02.t</i>
	3	<i>NT03.a</i>	<i>NT03.b</i>	<i>NT03.c</i>	<i>NT03.f</i>	<i>NT03.g</i>	<i>NT03.j</i>	<i>NT03.l</i>	<i>NT03.n</i>	<i>NT03.o</i>	<i>NT03.q</i>	<i>NT03.s</i>	<i>NT03.t</i>
	4	<i>NT04.a</i>	<i>NT04.b</i>	<i>NT04.c</i>	<i>NT04.f</i>	<i>NT04.g</i>	<i>NT04.j</i>	<i>NT04.l</i>	<i>NT04.n</i>	<i>NT04.o</i>	<i>NT04.q</i>	<i>NT04.s</i>	<i>NT04.t</i>
	5	<i>NT05.a</i>	<i>NT05.b</i>	<i>NT05.c</i>	<i>NT05.f</i>	<i>NT05.g</i>	<i>NT05.j</i>	<i>NT05.l</i>	<i>NT05.n</i>	<i>NT05.o</i>	<i>NT05.q</i>	<i>NT05.s</i>	<i>NT05.t</i>
	6	<i>NT06.a</i>	<i>NT06.b</i>	<i>NT06.c</i>	<i>NT06.f</i>	<i>NT06.g</i>	<i>NT06.j</i>	<i>NT06.l</i>	<i>NT06.n</i>	<i>NT06.o</i>	<i>NT06.q</i>	<i>NT06.s</i>	<i>NT06.t</i>

44b. Y usted, ¿cómo se percibe a sí misma? (como una persona alegre, enferma y dependiente, egoísta, como una carga para los demás, como una ayuda para los demás, triste, independiente, generosa) (EXP06)

45. En el último mes, ¿Ha ayudado de forma práctica (haciéndole favores, recados, ayudándole en alguna tarea) a algún miembro de su familia? (AYI)

☐ Sí

☐ No

45a. Podría decirme a quién ha ayudado y...:

Nº	Parentesco	Edad	Sexo	Tipo de ayuda			Frecuencia de ayuda (1= una o varias veces al mes; 2=una o varias veces por semana; 3=diaria o casi diaria; 4=varias veces al día; 5= continua por turnos)	Como consecuencia de prestar esa ayuda, ¿Ha notado alguna incidencia (laboral, económica, social, familiar o personal) en el desarrollo de su vida normal?
		(AYI.c)	(AYI.d)	Cuidado de nietos	Cuidado personal	Otros		
1	(AYI01.a)			(AYI01.d)	(AYI01.f)	AYI01.h	(AYI01.e/g/i)	(AYI01.j)
2	(AYI02.a)			(AYI02.d)	(AYI02.f)	AYI02.h	(AYI02.e/g/i)	(AYI02.j)
3	(AYI03.a)			(AYI03.d)	(AYI03.f)	AYI03.h	(AYI03.e/g/i)	(AYI03.j)
4	(AYI04.a)			(AYI04.d)	(AYI04.f)	AYI04.h	(AYI04.e/g/i)	(AYI04.j)
5	(AYI05.a)			(AYI05.d)	(AYI05.f)	AYI05.h	(AYI05.e/g/i)	(AYI05.j)
6	(AYI06.a)			(AYI06.d)	(AYI06.f)	AYI06.h	(AYI06.e/g/i)	(AYI06.j)

46. *(En caso de detectar cuidado de los nietos o personales en el último mes)* ¿En qué medida: poco o nada, regular, o mucho, cuenta con el reconocimiento de otros familiares por las tareas de cuidado que está realizando? (FAD01)

- ☐ Poco o nada
- ☐ Regular
- ☐ Mucho

47. *(En caso de detectar cuidado de los nietos en el último mes)*, ¿ Podría indicarme desde cuándo está cuidando a sus nietos? (AYI07)

- ☐ Hace menos de 1 año.
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Hace más de 3 años

48. *(En caso de detectar cuidados personales en el último mes):*

48a. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando/ayudando a su/s familiar/es?

A) Cuidada 1 (CP01.a) :

B) Cuidada 2 (CP02.a) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de un mes | <input type="checkbox"/> Menos de un mes |
| <input type="checkbox"/> Entre uno y seis meses | <input type="checkbox"/> Entre uno y tres meses |
| <input type="checkbox"/> Entre seis meses y un año | <input type="checkbox"/> Entre tres meses y un año |
| <input type="checkbox"/> Entre uno y tres años | <input type="checkbox"/> Entre uno y tres años |
| <input type="checkbox"/> Más de tres años (especificar) | <input type="checkbox"/> Más de tres años (especificar) |

48b. ¿Hay otra/s persona/s que ayuden en las tareas de cuidado de su/s familiar/es?

(AYC01)

- ☐ No. ☐ Sí, tengo ayuda profesional.
- ☐ Sí, tengo ayuda de otro familiar. Cuál (AYC02): _____
- ☐ Sí, tengo ayuda profesional y de otro familiar

48c. Podría decirme ¿Qué tipo de ayuda recibe por parte de ese familiar? (AYC03)

- ☐ Es una tarea compartida.
- ☐ Le ayuda cuando usted se lo pide.
- ☐ Le ayuda de forma esporádica.

48d. ¿Está usted ayudando a esta persona porque...

A) Cuidada 1 (CP01.b):

B) Cuidada 2 (CP02.b):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se lo pidió él/ella. | <input type="checkbox"/> Se lo pidió él/ella. |
| <input type="checkbox"/> Por iniciativa propia. | <input type="checkbox"/> Por iniciativa propia. |
| <input type="checkbox"/> Porque se lo pidió otro familiar. | <input type="checkbox"/> Porque se lo pidió otro familiar. |
| <input type="checkbox"/> Por decisión familiar. | <input type="checkbox"/> Por decisión familiar. |
| <input type="checkbox"/> Porque era la única persona que podía | <input type="checkbox"/> Porque era la única persona que podía. |
| <input type="checkbox"/> Otra razón | <input type="checkbox"/> Otra razón |

Cuál (CP01.c): _____

Cuál (CP02.c): _____

48e. ¿Podría decirme qué grado de autonomía tiene esa persona?

Grado de Autonomía				
	Cuidada 1		Cuidada 2	
	Dependiente	Independiente	Dependiente	Independiente
Baño / Aseo (CP.d)	(Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo/sola)			
Vestido (CP.e)	(No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido/desvestida)			
Uso del Water (CP.f)	(Precisa ayuda para ir al W.C.)			
Movilidad (CP.g)	(Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla)			
Continencia (CP.h)	(Incontinencia parcial o total de la micción o defecación)			
Alimentación (CP.i)	(Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral)			

48f. A continuación voy a indicarle una serie de comportamientos que a menudo presentan las personas con algún tipo de demencia u otro trastorno psiquiátrico. ¿Podría indicarme si le ocurren a su familiar, y en ese caso, con qué frecuencia?

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una ó dos veces a la semana	Varias veces a la semana	1 ó 2 veces al día	Varias veces al día	Varias veces a la hora
Vestimenta inadecuada o desnudarse (TC01)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupir (incluido comida) (TC02)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maldecir o presentar agresividad verbal (TC03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demanda continua e injustificada de atención o ayuda (TC04)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frases o preguntas repetitivas (TC05)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pegar, incluso a uno mismo (TC06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una ó dos veces a la semana	Varias veces a la semana	1 ó 2 veces al día	Varias veces al día	Varias veces a la hora
Dar patadas (TC07)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarrar a las personas (TC08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dar empujones (TC09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzar objetos (TC10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ruidos raros (risa o llanto extraños) (TC11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gritar (TC12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morder (TC13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arañar (TC14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar de irse a otro sitio (riesgo de fuga) (TC15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caída intencionada (TC16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una ó dos veces a la semana	Varias veces a la semana	1 ó 2 veces al día	Varias veces al día	Varias veces a la hora
Estar quejándose (TC17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negativismo (TC18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer o beber cosas no comestibles (TC19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacerse daño a uno mismo o a los demás (TC20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejo inadecuado de cosas (TC21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esconder cosas (TC22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acumular cosas (TC23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romper cosas o destruir sus propias pertenencias (TC24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una ó dos veces a la semana	Varias veces a la semana	1 ó 2 veces al día	Varias veces al día	Varias veces a la hora
Repetir movimientos estereotipados (TC25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar insinuaciones sexuales de tipo verbal (TC26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar insinuaciones sexuales de tipo físico (TC27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquietud general (TC28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48g. Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a sus familiares. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

	SÍ	NO
Tiene trastornos de sueño (Ej. porque su familiar se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) (ESC01)		
Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) (ESC02)		
Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla) (ESC03)		
Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) (ESC04)		
Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) (ESC05)		
Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones) (ESC06)		
Ha habido otras exigencias de su tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia) (ESC07)		
Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones) (ESC08)		
Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, a su familiar le cuesta recordar las cosas o acusa a los demás de quitarle las cosas) (ESC09)		
Es molesto darse cuenta de que su familiar ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes) (ESC10)		
Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) (ESC11)		
Es una carga económica (ESC12)		
Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) (ESC13)		

48h. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?
(Teniendo en cuenta que 1 equivale a “ninguna”, 2 a “poca”, 3 a “normal”, 4 a “bastante” y 5 a “mucha” (ZG)

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Bastante |
| <input type="checkbox"/> Poca | <input type="checkbox"/> Mucha |
| <input type="checkbox"/> Normal | |

48i. ¿Podría indicarme cómo era la relación con su familiar antes de que comenzara a necesitar sus cuidados?

A) Cuidada 1 (REL01.a) :

B) Cuidada 2 (REL02.a):

De gran intimidad y afecto.

De gran intimidad y afecto.

☐ Normal, conforme al vínculo
familiar que les une.

☐ Normal, conforme al vínculo
familiar que les une.

☐ Con conflictos.

☐ Con conflictos.

☐ Bastante distante y fría.

☐ Bastante distante y fría

48j. ¿Desde que ha empezado a cuidar de esa persona, la relación con ella ha mejorado, ha empeorado o sigue igual?

A) Cuidada 1 (REL01.b) :

B) Cuidada 2 (REL02.b) :

☐ Ha mejorado.

☐ Ha mejorado.

☐ Ha empeorado.

☐ Ha empeorado.

☐ Sigue igual.

☐ Sigue igual.

49. Volviendo al conjunto de su familia, ¿Podría indicarme con qué frecuencia siente o le ocurren las siguientes cuestiones? (“casi nunca”, “a veces” o “casi siempre”):

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? (FAS01)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa? (FAS02)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto? (FAS03)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Está satisfecha con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos? (FAS04)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Siente que su familia le quiere? (FAS0)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

50. ¿Han ocurrido estos cambios en su familia en el último año?

- ☐ Un miembro de la familia ha vuelto a casa (FAD02.a)
- ☐ Una nueva persona se ha mudado a la casa (FAD02.b)
- ☐ Un miembro joven adulto ha abandonado el hogar familiar (FAD02.c)
- ☐ Otro cambio importante en la familia (FAD02.d) :

51. ¿Podría decirme a qué edad (aproximadamente) se fue de su casa para vivir independiente por primera vez?

☐ Siempre ha vivido en el domicilio de sus padres (FAD03.a)

☐ Sí, a los _____ años (FAD03.b)

☐ Otras opciones (FAD03.a)

Bienestar subjetivo:

Las últimas preguntas me gustaría centrarlas en usted y su bienestar. Sobre todo, en cómo se encuentra en estos momentos.

52. A continuación, si no le importa, me gustaría saber si ha tenido alguno de estos síntomas en las últimas 2 semanas:

	SÍ	NO
¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión? (ANS01)		
¿Ha estado muy preocupada por algo? (ANS02)		
¿Se ha sentido muy irritable? (ANS03)		
¿Ha tenido dificultad para relajarse? (ANS04)		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? (ANS05)		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? (ANS06)		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (ANS07)		
¿Ha estado preocupada por su salud? (ANS08)		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida? (ANS09)		

	SÍ	NO
¿Se ha sentido con poca energía? (DEP01)		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas? (DEP02)		
¿Ha perdido la confianza en sí misma? (DEP03)		
¿Se ha sentido usted desesperanzada, sin esperanzas? (DEP04)		
(Si hay alguna respuesta afirmativa, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse? (DEP05)		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) (DEP06)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano? (DEP07)		
¿Se ha sentido usted enlentecida? (DEP08)		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? (DEP09)		

53. Para finalizar, valore de 0 a 100 su estado global actual de salud (SAL07): _____

54. ¿Y de felicidad? (FEL02) _____

APÉNDICE B



CONSENTIMIENTO INFORMADO

D^a. _____ de _____ años de edad, manifiesta que ha sido informada de los objetivos de la presente investigación sobre la carga del cuidado a los ascendientes y descendientes por parte de mujeres mayores. Esta investigación es coordinada por *Sara Luna Rivas*, bajo la tutoría de los profesores Pilar Ramos Valverde, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, y Francisco Rivera de los Santos, de la Universidad de Huelva.

Declaro que he sido informada de los siguientes aspectos:

1. Toda la información que cuente durante las sesiones del presente estudio será sometida al secreto profesional
2. Mis datos personales serán confidenciales y los resultados serán tratados de forma global y no a nivel individual.
3. Comprendo que puedo retirarme en cualquier momento del estudio, sin ningún perjuicio para mí.

Tomando esto en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar en el estudio y, de igual manera, autorizo a que los datos aportados por mí sean utilizados para esta investigación.

Firmado,

Participante:

Entrevistadora: